

VOL. 1. JUILLET 1892. N° 1.

REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

ABONNEMENTS :

FRANCE ET ALGÉRIE.................................. **10 fr.** par an.
ÉTRANGER.. **12 fr.** par an.

Le Numéro : 1 franc.

Les abonnements partent du 1er janvier et du 1er juillet

On peut s'abonner en envoyant un mandat-poste à l'adresse du Directeur ou chez les fournisseurs pour dentistes, ainsi que dans tous les bureaux de poste.

ADRESSER TOUT CE QUI CONCERNE

LA

RÉDACTION ET L'ADMINISTRATION

2, *rue d'Amsterdam*

TABLE DES MATIÈRES POUR JUILLET 1892

VOL. 1. JUILLET 1892 N° 1

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

A NOS CONFRÈRES

Après cinq mois d'interruption, nous reprenons l'œuvre commencée en 1881, et poursuivie jusqu'à ces derniers temps dans *l'Odontologie.*

La même direction et les mêmes collaborateurs se retrouvent unis pour assurer à ceux qui s'intéressent au progrès de l'art dentaire un journal indépendant, étranger aux questions de personnes, non soumis aux fluctuations de majorité.

En agissant ainsi, nous continuons nos traditions et nous servons les intérêts de la profession, par les moyens restant à notre disposition.

Les écoles et les sociétés odontologiques ne servent qu'à ceux qui en font partie; les journaux servent à tous. C'est le journal qui enlève la plupart de nos confrères à l'isolement professionnel, et les met en communication avec les meilleurs d'entre nous. C'est le journal qui parle le plus efficacement de progrès; celui-ci le servira avec une liberté d'allures que la continuité de l'effort, que l'assurance du lendemain peuvent seules permettre.

Ce titre de *Revue Internationale d'Odontologie* est, à nos yeux, tout un programme impliquant la communication la plus large sur les idées et les faits, sans préoccupation d'origine. La science et le progrès naissent partout, l'estampille nationale ne leur est pas nécessaire. Que nos lecteurs aient à leur disposition un répertoire, un microcosme d'art dentaire constamment à jour; c'est là notre seule ambition.

En constituant sur des bases solides et durables ce nouvel organe professionnel, ses fondateurs n'ont eu, ni préoccupation électorale, ni pensée d'opposition à l'égard de la nouvelle direction de l'Association générale des Dentistes de France et l'Ecole Dentaire de Paris.

Le mouvement de ces douze dernières années a créé une élite professionnelle, non plus seulement cantonnée à Paris et dans les grands centres, mais répartie sur toute la surface du territoire. C'est à elle que nous nous adressons. Que ceux qui la composent deviennent pour cette revue des collaborateurs réguliers ou occasionnels, mais qu'ils ne laissent pas dans l'obscurité les observations, les inventions, les perfectionnements que la pratique suscite.

Indifférent à l'égard des personnes, nous estimons de notre rôle d'être très éclectique sur les doctrines touchant la situation légale des dentistes. Sur ce sujet, toutes les thèses défendues courtoisement et sans personnalité recevront le meilleur accueil de notre part.

Les fondateurs de ce journal ont assuré son existence financière pendant plusieurs années, néanmoins, il ne pourra se développer et grandir que s'il a la collaboration et la coopération de tous les amis du progrès de l'odontologie. Nous espérons qu'elles ne nous feront pas plus défaut que par le passé et que nous pourrons travailler avec des ressources de plus en plus accrues à l'avancement de la science et de la technique dentaires.

LA RÉDACTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

DÉMONSTRATION CLINIQUE DU Dr HERBST A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

(Séances extraordinaires de la Société d'Odontologie de Paris 8, 9 mai 1892)[1].

Par M. R. Heidé
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris

L'inventeur de la méthode rotative, l'éminent dentiste à qui nous devons tant de perfectionnements, tant de procédés pratiques, le Dr Herbst avait bien voulu faire une série de démonstrations et un exposé de ses procédés devant la Société d'Odontologie de Paris dans les séances extraordinaires des 8 et 9 mai 1892. Mes collègues m'avaient fait l'honneur d'être le traducteur de la pensée de M. Herbst. Sans préparation il me fut bien difficile d'exposer avec toute la lucidité désirable, les idées, les travaux présentés aux membres de la Société. Pour essayer de suppléer à mon insuffisance oratoire, je vais tâcher, grâce aux renseignements complémentaires qui m'ont été obligeamment fournis par M. Herbst et par son collaborateur M. le Dr Holtbner, de rendre aussi assimilables qu'il m'est possible les perfectionnements et les méthodes dont la présentation a fait une si grande impression sur les dentistes qui ont pu assister aux démonstrations.

Les auditeurs ont été frappés de l'abondance des présentations qui leur passaient sous les yeux, modifications thérapeutiques, perfectionnements dans l'outillage, procédés de dentisterie opératoire, nouveaux moyens pour la confection des couronnes, des dents à pivot; pour la construction des pièces à pont et des appareils amovibles sans pivot, tout cela faisait un ensemble imposant et révélait d'une manière éclatante, un praticien de premier ordre transformant tout ce qu'il touche, et lui donnant un cachet de simplicité originale de la plus grande valeur pratique.

Pour rendre intelligible cette masse de faits nous les présenterons dans l'ordre suivant :

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Traitement de la carie du 3e degré par le cobalt.
Obturation de la chambre pulpaire par l'étain.
Aurification par la méthode rotative.
Nouveau moyen de tendre la digue.
Nouvelle matrice.

Plaquettes d'or sur ciment.
Obturations de verre fondu.
Nouvel instrument pour nettoyer les dents.

PROTHÈSE

Couronnes métalliques.
Dents à un pivot et à deux pivots.
Appareils sans dents minérales à revêtement d'or.
Appareils amovibles en étain.
Email pour gencive artificielle.
Empreintes pour pièces partielles.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

I. — Traitement de la carie du 3e degré par le cobalt

Quoique la découverte de l'action escharotique de l'acide arsénieux par Spoocer en 1836 fut l'une des plus grandes conquêtes de notre thérapeutique spéciale, il n'en est pas moins vrai que l'emploi de cet agent n'est pas exempt d'inconvénients, surtout quand on veut faire du traitement rapide. Nombre de praticiens distingués se sont essayés à lui trouver un substituant supérieur, n'obligeant pas à l'extirpation de la pulpe, et n'entraînant pas toutes les complications opératoires que cette extirpation nécessite.

M. Herbst pensa trouver dans le cobalt un caustique supérieur à l'arsenic et l'appliqua dans plus de cent cas sur des dents atteintes de pulpites. Certaines observations datent de plus d'une année et aucune ne relate d'inflammation quelque peu intense du périoste, d'abcès alvéolaire consécutif. Néanmoins, on constate dans certains cas une inflammation subaiguë du périoste, inflammation disparaissant spontanément.

Au début il n'appliquait le cobalt que sur des dents à pulpe affectées de pulpites chroniques et quand la dégénérescence était avancée, maintenant il s'en sert pour les pulpites à tous les degrés.

Pour les dents peu épaisses, comme les incisives latérales et les bicuspides, il pense que la destruction par le cobalt est supérieure au coiffage, même quand la pulpe n'a pas encore subi de lésions pathologiques.

La périostite consécutive à l'application du cobalt ne serait pas dûe à l'infection, comme dans nombre de cas où l'acide arsénieux a été employé, mais à un effort curateur et serait la conséquence de la momification du tissu pulpaire.

Le cobalt n'aurait qu'une faible action destructive, et parfois cela causerait une recrudescence de sensibilité des parties non mortifiées de la pulpe et obligerait à une nouvelle application du médicament. Cette petite complication peut être évitée, en plaçant sous l'obturation à l'étain un peu de pâte cobaltée, mais cet expédient n'aurait pas les avantages d'un deuxième pansement.

Si l'arsenic agit surtout sur la fibre nerveuse en respectant les autres tissus, le cobalt a une action analogue, tout en causant moins de douleur et en agissant plus rapidement. A l'œil nu le tissu pulpaire n'offre après une application de cobalt aucune particularité, la circulation semble persister car une section faite ensuite amène un écoulement sanguin abondant.

Les avantages du cobalt sont donc évidents : son application est facile, il simplifie l'opération en rendant inutile la pose de la digue, en assurant la rétention de la matière obturatrice par les arrêtes de la chambre pulpaire. Celle-ci est obturée par le moyen simple décrit ci-dessous. Détail important : on ne remarque jamais la décoloration consécutive de la dent et elle conserve absolument son aspect de vitalité.

Manuel opératoire. — L'application du cobalt exige les mêmes soins que celle de l'acide arsénieux, donc on enlève autant que possible les parties ramollies de la dentine, la mise à nu de la pulpe assure une action plus énergique de l'agent médicamenteux.

La formule est la suivante.

Poudre de cobalt	2 parties
Chlorydrate de cocaïne	1 —

Acide phénique quantité suffisante pour faire une petite boulette pâteuse.

La cavité est séchée, puis on place gros comme une tête d'épingle sur la pulpe ou la partie de dentine qui la recouvre. Le pansement actif est recouvert d'une boulette imbibée de teinture de benjoin épaisse, ou mieux avec de la gutta-percha rouge mélangée avec du talc. Ce mélange abaisse le degré de température nécessaire pour ramollir la gutta et la rend moins collante aux instruments.

Si, après une première application, la pulpe était encore douloureuse à sa surface, on pourrait impunément la renouveler. Jusqu'à présent on n'a pas remarqué que le maintien du pansement pendant plusieurs jours, avait de mauvais effets.

L'insensibilisation obtenue, on choisit une fraise de même grosseur que la chambre pulpaire, et par une rotation rapide on ampute la pulpe; la fraise doit être trempée dans une solution d'eau phéniquée, ou dans la pâte à l'iodoforme du D[r] Forberg. En voici la formule.

Iodoforme	3 gr.
Glycerine	2 gr.
Coumarine	0 gr. 5

Cette pâte est inodore.

L'hémorragie pulpaire arrêtée, on seringue la cavité avec de l'eau phéniquée et on procède immédiatement à l'obturation de la chambre pulpaire. Cette obturation immédiate évite l'infection, et elle est une condition de succès.

Le sondage des canaux peut avoir une action irritante ou infectieuse et il ne sera jamais tenté.

II. — Obturation de la chambre pulpaire par l'étain

L'obturation de la chambre pulpaire se fait à l'aide d'étain en feuilles minces roulé en boulette et condensé à l'aide d'un fouloir mû par le tour, comme dans l'aurification par la méthode rotative. La boulette d'étain doit être du volume approximatif de la chambre, et le fouloir doit l'étaler de manière à obtenir une fermeture hermétique; les propriétés de ce métal, l'action du brunissoir rotatif permettent d'obtenir facilement ce résultat.

Par ses propriétés physiques et chimiques, l'étain est la meilleure matière obturatrice à employer et il est pour beaucoup dans les bons résultats de l'opération.

L'obturation proprement dite se fait ensuite comme à l'ordinaire: l'or, le ciment, l'amalgame peuvent servir. Pour ce dernier une précaution est indiquée, enduire de cire la surface de l'étain à l'aide d'un fouloir chaud afin d'empêcher son amalgamation avec la masse obturatrice.

Si l'opération est conduite avec soin, si la cavité a été minutieusement nettoyée, si l'étain a obturé hermétiquement la chambre pulpaire et si on ne s'est servi que d'instruments propres et rendus aseptiques le succès sera assuré. A quoi est-il dû? parfois à la cicatrisation de la plaie pulpaire, parfois à sa momification et à sa résorption. Quoiqu'il en soit, ceux-ci s'accomplissent sans désordres ultérieurs, sauf la petite poussée de périostite mentionnée plus haut.

L'examen microscopique fait par Bodecher sur des coupes de dents ainsi traitées, semble établir qu'il n'y a pas mortification.

III. — Aurifications par la méthode rotative

Nous n'avons pas à décrire de nouveau la méthode d'aurification à laquelle M. Herbst a attaché son nom. Ceux qui voudront la connaître dans ses détails d'exécution voudront bien se reporter aux études que nous avons publiées sur ce sujet [1].

Nous ne parlerons ici que des aurifications exécutées sous nos yeux par M. Herbst lui-même dans la salle de clinique de l'Ecole dentaire de Paris. Elles furent faites dans des cavités interstitielles.

1° *Aurification de l'incisive médiane et de l'incisive latérale supérieures droites*. La digue fut fixée sur les incisives et les canines, dans ce but M. Herbst employa un nouveau moyen de fixer et tendre la digue que nous décrivons plus loin.

La digue en place, les dents furent écartées à l'aide d'une lame d'acier dont le rôle est double, elle sert à l'écartement ainsi qu'à protéger la dent contiguë des rayures de la fraise.

Si la cavité n'a pas d'ouverture à la face labiale, M. Herbst préfère en pratiquer une, plutôt que de séparer les dents avec la meule ou la lime, il dit : que la déformation est minime et sans aspect désagréable. Elle ne favorise pas le séjour des aliments comme la

1. Heidé, *L'aurification par la rotation :* Méthode Herbst, *Odontologie*, décembre 1885.

séparation. Grâce à la méthode rotative, une très petite entrée suffit pour préparer complètement la cavité et l'obturer.

Les cavités sont préparées comme pour une obturation au ciment, sans points de rétention ni raînures, la forme de cône renversé suffit au maintien de la matière obturatrice.

Nous constatons certains perfectionnements de détail sur les procédés primitifs, entre autres, l'usage d'un instrument pour prendre l'or et le porter dans la cavité. Il est constitué par une simple aiguille cassée montée sur un mandrin ordinaire. Pour introduire l'or dans les petites cavités, cet instrument si simple est parfait.

L'or introduit est condensé ensuite par un fouloir sphérique monté sur le tour; la grosseur du fouloir dépend de la forme de la cavité. La cavité remplie, le foulage s'achève à l'aide d'un couteau dénommé par M. Herbst, sécateur, il sert également à séparer deux aurifications de cavités interstitielles, quand elles ont été faites ensemble.

Cela démontre surabondamment la solidité et l'adhérence des différentes couches constituant l'aurification.

Les premières couches sont faites avec des cylindres d'or, de la fabrication de M. Herbst lui-même. (Ils ont été mis récemment dans le commerce.)

L'aurification est achevée avec de l'or en feuilles n° 4. Dans certains cas la feuille est repliée sur elle-même 4 fois ce qui équivant comme épaisseur à du n° 64.

L'or Herbst est très plastique et peut s'employer pour la majeure partie de l'aurification sans être chauffé, ce n'est que pour les dernières couches d'or que les morceaux sont passés dans la flamme.

La première cavité remplie fut immédiatement polie à l'aide de brunissoirs en agate et le superflu enlevé par les disques en papier.

La dent voisine fut traitée de même. Ces deux aurifications furent terminées en 12 minutes. Quand la paroi postérieure manque, M. Herbst en fait une artificielle à l'aide de la gomme laque soutenue par la lame d'acier. La gomme laque ramollie est foulée comme on le ferait pour prendre une empreinte partielle, puis les portions logées dans la cavité sont enlevées, la gomme laque doit faire un peu retour en avant au bord libre.

Aurification de deux cavités interstitielles, face postérieure de la canine, face antérieure de la bicuspide. Ces aurifications furent rendues d'exécution plus facile par l'emploi d'une nouvelle matrice, nous la décrivons plus loin.

Dans les deux cavités, il fut placé des cylindres d'or n° 2. Comme les cavités étaient assez grandes, cinq à six cylindres furent mis successivement, sans que le fouloir rotatif servit. Ce n'est que quand cette masse relativement considérable fut insérée, que celui ci fut employé. La pression étant forte, l'or s'étala à merveille sur les parois. La matrice ne montait guère qu'à mi-hauteur de la cavité.

Et quand les deux aurifications furent à ce niveau, elles furent aurifiées ensemble, comme s'il s'agissait d'une seule obturation. Toutefois les derniers morceaux furent mis les uns à droite, les autres à gauche, comme pour l'aurification de cavités isolées.

Les dernières couches de ces deux cavités furent faites avec de l'or n° 60 légèrement chauffé.

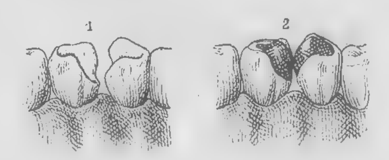


Fig. 1. — Cavités interstitielles aurifiées par la méthode Herbst.

L'or placé et condensé fut ensuite séparé par le sécateur. La matrice enlevée, la séparation faite, la surface fut brunie énergiquement avec des disques en agate montés sur le tour, un polissage minutieux au papier de verre acheva les aurifications.

Il faut une propreté absolue pour l'emploi de cette méthode, les spectateurs ont pu constater que M. Herbst promenait son fouloir rotatif très souvent sur un morceau de papier de verre afin d'enlever toute trace d'impureté. Il prépare et remplit les cavités postérieures à l'aide du miroir et travaille sans se courber.

OBTURATIONS D'OR ET D'ÉTAIN

Troisième démonstration. — Elle eut pour objet l'obturation d'une dent avec les feuilles d'or et d'étain juxtaposées, une feuille d'étain est mise sur une feuille d'or ; ces deux feuilles furent roulées vers le milieu de façon à former deux boudins, qui furent ensuite réunis en un seul par un mouvement de torsion, ce boudin fut découpé ensuite en morceaux assez grands. Une grosse molaire déjà arrachée fut choisie pour la démonstration, elle fut rapidement obturée en se servant de la méthode rotative.

Dans les obturations or et étain combinés, l'étain s'oxyde et exerce ainsi une action très favorable sur la dentine. Dans les cavités cervicales qui s'étendent au-dessous de la gencive, M. Herbst emploie l'étain de préférence comme matière obturatrice.

Il est d'application très facile. La base faite en étain, on peut achever l'obturation avec de l'or.

En dehors de la bouche, l'or et l'étain n'adhèrent pas entre eux, tandis que dans le milieu buccal, ils adhèrent par suite d'une transformation subie par l'étain. A l'appui de cette opinion M. Herbst a des observations d'obturations faites, il y a huit ans.

Les partisans de la méthode rotative ont pu s'assurer une fois de plus de ses avantages. L'introduction facile de l'or, l'adaption absolument irréprochable aux parois, l'économie de temps, la

fixation parfaite des premières couches. Si on n'avait la preuve de la grande habileté opératoire de l'inventeur de la méthode rotative, on serait même tenté de trouver tout excessivement simple. Il n'en est pas ainsi, et ce n'est qu'après une longue pratique et un respect absolu des règles posées par M. Herbst lui-même, qu'on peut atteindre les brillants résultats que nous avons été à même de constater.

IV. — Nouveau moyen de tendre la digue

On sait combien il est difficile, dans certains cas, surtout pour le traitement des caries du collet de tendre la digue, de manière à ce qu'elle n'obstrue pas le champ opératoire. Cette difficulté a fait imaginer des clamps spéciaux, dont l'ingéniosité équivaut à leur complication. M. Herbst leur a trouvé un substituant supérieur. C'est une simple aiguille, courbée à sa tête en forme de baïonnette. La digue placée et tendue, la pointe de l'aiguille est fichée dans le cément un peu au-dessous du collet, puis la tension est maintenue par l'autre bout de l'aiguille : celui courbé en baïonnette.

La simplicité du moyen égale l'excellence du résultat.

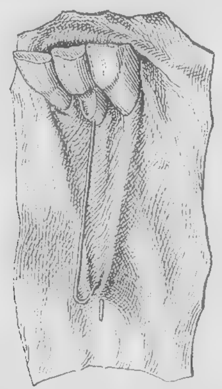


Fig. 2. — Digue tendue à l'aide de l'aiguille recourbée.

V. — Nouvelle matrice

La méthode rotative exige souvent l'emploi des matrices ; aussi M. Herbst s'est-il ingénié à les rendre de plus en plus pratiques, sans pour cela compliquer le mécanisme. Celle qui nous a été présentée dans la dernière démonstration est vraiment ce que nous connaissons de mieux en ce genre. Elle consiste en deux lames d'acier mince reliées par un peu de soudure d'étain à l'une des extrémités, — celle qui est destinée au côté

jugual. — Afin que la matrice tienne et qu'elle n'obstrue pas le champ opératoire, les lames sont assemblées de façon à former une pyramide, dont la base est placée sur la gencive, le sommet à mi-hauteur de la cavité. (Voir figure 3.)

L'étain est percé d'un trou destiné à recevoir une épingle qui sert à écarter les branches flexibles de la matrice, quand elle est en place entre les dents Si l'écartement est considérable, l'épingle est remplacée par un coin de bois. Son emploi est des plus simples. La matrice insérée dans l'interstice est poussée

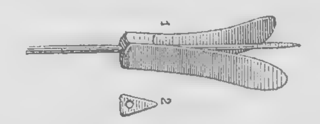


Fig. 3. — Nouvelle matrice Herbst : 1. Matrice avec l'épingle introduite ; 2. Petite pyramide constituée par l'étain.

comme il est nécessaire, on écarte ses branches en glissant entre elles, par le trou ménagé dans l'étain, une épingle coupée et aplatie. Pour les dents largement séparées, les branches flexibles sont mises du côté jugual et la partie soudée du côté lingual, la fixation et l'écartement se font par l'action d'un coin de bois.

Afin de satisfaire à tous les cas, on doit avoir des matrices de différentes hauteurs, des épingles et des coins de différentes épaisseurs.

On a reproché aux matrices leur mobilité, la difficulté de les enlever sans heurter la matière obturatrice. Avec la matrice Herbst, le reproche tombe : l'introduction, la fixation, l'enlèvement sont des plus aisés. Elle forme une paroi artificielle solide, qui servira, nous en sommes convaincus, pour nombre d'opérations difficiles.

PLAQUETTE D'OR SUR CIMENT

Les cavités centrales des molaires sont d'obturation facile. Malgré cela, l'aurification peut être contre indiquée, soit que les bords soient trop fragiles, soit que la pulpe ne soit pas suffisamment protégée, soit enfin que le nervosisme des patients ne se prête pas à l'opération. Afin d'obvier à ces inconvénients, M. Herbst a imaginé de faire des plaquettes circulaires correspondant comme diamètre à des fraises spéciales. Ces plaquettes reçoivent à leur partie inférieure un demi-anneau de ressort de dentier; puis la cavité préparée comme à l'ordinaire, le ciment est inséré et avant qu'il ne durcisse la plaquette est foulée sur la matière obturatrice de manière à lui former un revêtement inaltérable à l'attrition alimentaire, aux

agents de dissolution d'origine externe. La figure explique ce système d'obturation qui est d'une grande simplicité.

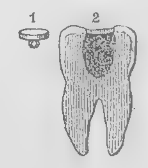


Fig. 4. — Plaquette d'or sur ciment obturant une cavité centrale.

VI. — Obturations de verre fondu

Pour les cavités très visibles, surtout à la face labiale des dents, M. Herbst a été le premier à appliquer le verre fondu. Depuis le procédé a subi de nombreux perfectionnements que mon collègue et ami, M. Dubois a exposés devant la Société d'Odontologie de Paris, les lecteurs pourront se reporter au texte de sa communication [1], M. Herbst expose ainsi son procédé personnel :

Le verre employé est un mélange de débris de globes de lampe couleur mate et de verre jaune comme celui employé en verrerie pharmaceutique pour contenir certains médicaments, (notamment le chloroforme). Ces deux teintes sont mélangées en des proportions diverses, suivant la teinte désirée.

Les perles de Venise concassées et pulvérisées ont été aussi utilisées par M. Herbst, elles avaient l'avantage de donner un plus grand assortiment de couleurs, mais le plomb qui entre dans leur composition, donnait, après un certain temps, une coloration noirâtre désagréable à l'œil.

Pour l'emploi du verre, on le prépare à l'avance, de la manière suivante :

Un mortier en agate ou même en porcelaine, est soigneusement nettoyé avec de l'acide chlorhydrique étendu d'eau, on y pulvérise en poudre fine de petits morceaux de globe de lampe, puis on lave en versant de l'eau jusqu'à ce qu'elle devienne absolument propre.

Les fragments de verre jaune se préparent de même. Les poudres sont conservées dans des tubes bien bouchés.

Si ces deux teintes ne suffisent pas pour des teintes rares, elles donnent pourtant dans la majorité des cas des colorations approchant de celles des dents.

La préparation de la cavité se fait sans raînure, ses bords doivent être réguliers et bien perpendiculaires, la ligne d'union n'en sera que mieux dissimulée.

L'empreinte se prend avec une feuille d'or platiné n° 60, découpée en un petit morceau plus grand que la cavité, il se moule par l'action d'un brunissoir foulant une boulette de coton ou un morceau de gutta-percha ramollie.

1. Dubois, *Obturations d'émail fondu. Odontologie*, janvier 1891, p. 1.

La feuille estampée, on la retire avec précaution ; dans les cavités d'accès difficile, il est bon de charger la cupule métallique de cire afin d'éviter la déformation. Il est des fois nécessaire de prendre deux ou trois empreintes pour en avoir une satisfaisante.

Deux manières peuvent servir pour fondre le morceau de verre ; la première consiste à placer délicatement l'empreinte dans un mélange de terre et plâtre, puis quand il est durci, d'enlever la cupule et de chasser la cire avec de l'eau bouillante ; mettre dans le fond du moule quelques grains de sable à l'avantage de créer quelques aspérités qui aident à la rétention du bloc de verre.

L'assortissement de la teinte demande un peu d'habitude, et on fera bien de se rendre compte auparavant des proportions en préparant au laboratoire différents blocs. En se guidant d'après une dent artificielle de nuance assortie, on obtient plus aisément la couleur voulue Le mélange se fait ensuite dans un verre de montre contenant une goutte d'eau. Six parties de poudre de verre blanc pour une de verre jaune, convient pour des dents foncées. Les poudres mélangées, on charge la cupule jusqu'aux trois quarts à l'aide d'un pinceau, puis on absorbe l'eau avec de petits morceaux de papier buvard. La dessication obtenue, on chauffe le tout jusqu'à fusion, la flamme doit être bleue, le chalumeau à soufflerie est nécessaire. Pour que la surface soit lisse, la flamme doit être dirigée en finissant directement sur le verre.

L'autre procédé est plus simple, il supprime la mise en terre et plâtre, alors la poudre est mise dans la cupule et la fonte s'obtient en tenant celle-ci avec une brucelle sur un bec Bunsen. Avant d'enlever la feuille d'or, il est bon de s'assurer, si la teinte est exacte en la comparant à celle de la dent artificielle prise comme nuance type. Le bloc s'éclaircit ou se fonce en ajoutant une couche de pâte blanche ou brune.

Pour cette seconde cuite, on doit chauffer graduellement, sans quoi on risquerait de faire sauter le bloc hors de la cupule.

En exécutant cette opération, le commençant a habituellement le défaut de mettre trop de poudre, il en résulte un excès d'épaisseur, le contraire est moins préjudiciable, et un bloc mince se logera plus aisément, le ciment comblant le vide laissé à la partie interne.

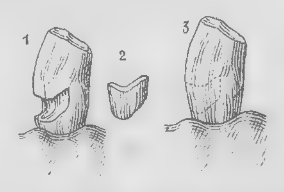


Fig 5. — Obturations de verre fondu faites sur la face labiale d'une canine ; 1. Cavité ; 2. Morceau de verre fondu ; 3. Obturation terminée.

La fonte cause un certain retrait, on peut, s'il est trop considérable, charger à nouveau et repasser dans la flamme.

C'est alors, quand le bloc est fondu, qu'on prépare définitivement la cavité en la faisant un peu plus profonde, et en pratiquant une rainure en arrière de l'émail.

La digue placée, on scelle le bloc avec du ciment assez liquide. Les obturations de verre coulé donnent dans les cas comme celui représenté par la figure des résultats supérieurs à tout autre genre d'obturation.

VII. — Nouvel instrument pour nettoyer les dents

Les disques en bois rendent de grands services pour le nettoyage des dents; ils ont l'inconvénient de manquer de souplesse et de n'atteindre que les parties saillantes. Les disques caoutchouc dont M. Herbst nous a enseigné la confection et que nous avons déjà décrits [1] leur sont supérieurs. Tout récemment il a également conseillé l'emploi de disques de caoutchouc dur, fait avec des morceaux de caoutchouc vulcanisés montés sur des mandrins ordinaires. Pour le polissage des obturations, ils sont très utiles et peuvent servir pour le nettoyage des dents. Néanmoins pour ce dernier objet le nouveau mandrin et le nouveau disque sont vraiment supérieurs.

Ils consistent en ceci :

Un porte-disque ordinaire est épaissi, soit par l'adjonction d'un tube, soit par la soudure, de façon à pouvoir recevoir un morceau de tube de caoutchouc — l'épaisseur doit être telle que le tube soit serré sur le mandrin — puis on amincit l'extrémité agissante — celle destinée à recevoir la poudre — afin de lui donner plus de souplesse.

On comprend bien que ce simple morceau de tube de caoutchouc fait un disque souple se prêtant mieux que n'importe quel autre aux courbures des dents. Il ne pénètre pas comme la brosse circulaire mais il est plus propre qu'elle; il peut se renouveler à chaque patient pour une dépense minime. Il est certain qu'il deviendra un instrument indispensable pour le nettoyage des dents et le polissage de certaines obturations.

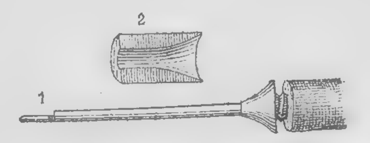


Fig. 6. — Nouvel instrument pour nettoyer les dents : 1.-Mandrin monte portant le tube de caoutchouc; 2. Tube de caoutchouc sectionné et évasé pour former le disque.

2° PROTHÈSE

I. — Couronnes métalliques

Ces dernières années, le travail des couronnes a été de beaucoup simplifié, il n'est pas de travail où le dentiste ait mieux

1. Heidé, *loc. cit.*, p.

le procédé pour prendre la mesure des dents ou racines à coiffer, ainsi que sur la manière de prendre l'articulation et d'estamper la face triturante. Je considère ces perfectionnements comme très importants.

Pour certaines dents, on peut se contenter de remplir l'anneau d'amalgame ou d'un fragment de porcelaine scellé au ciment, sans faire de face triturante en métal.

Tout dentiste ayant placé des couronnes métalliques ou coiffant les racines pour les dents à pivot appréciera la simplification du travail ainsi que sa perfection, en l'exécutant comme l'indique M. Herbst.

II. — Dents a un pivot et a deux pivots

La confection immédiate d'une dent à pivot répond à quelques nécessités de la pratique. Elle ne sera jamais plus facile que par le procédé que nous allons décrire. Une dent minérale plate étant ajustée, on prépare une tige en platine un peu longue, afin de pouvoir être recourbée à la hauteur des crampons de la dent, ceux-ci doivent entourer la dent. La courbure pour les dents à pivot unique revient en arrière et descend un peu au-dessous du niveau de la racine, de manière à former un appendice du côté lingual. La partie de la tige émergeant de la racine est faite rugueuse pour qu'elle retienne l'étain qui sera coulé autour. Dent et pivot sont collés avec de la cire formant talon. Ils sont essayés, articulés dans la bouche, puis mis en plâtre et terre. La cire est enlevée par de l'eau chaude. Le tout est enduit de solution de chlorure de zinc. Le bloc de plâtre est chauffé lentement, on place quelques morceaux d'étain qui sous l'action du fer à souder entrent en fusion et prennent la forme de l'excavation laissée par la cire. Pendant quelques secondes, on continue la pression sur l'étain à l'aide d'amadou et on a ainsi une dent à pivot formée d'une dent plate, d'un pivot en platine et d'un talon en étain. Si l'on avait quelques petites anfractuosités on pourrait les obturer avec de l'amalgame, mis en petite quantité il n'altère pas la masse formant le talon.

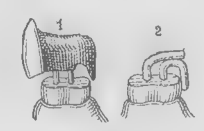


Fig. 10. — Dent à deux pivots avec talon en étain.

L'appendice postérieur contribuerait beaucoup, d'après M. Herbst, à la solidité de la dent.

Pour les dents multiradiculaires il est facile de placer plusieurs pivots que l'étain réunit. Notamment pour les bicuspides ce procédé est des meilleurs.

III. — Appareils sans dents minérales a revêtements en or

Comme l'étain coulé sur l'or adhère bien à ce métal, on peut l'utiliser pour faire des pièces à pont pour le fond de la bouche, sans dents minérales. Pour ce genre de travail, il faut qu'il reste une dent suffisamment solide, afin d'avoir une base et un moyen de fixation.

Quand elle est intercalaire, comme dans la figure ci-dessous, c'est-à-dire quand il s'agit de remplacer une première bicuspide et une première grosse molaire, ce système est très applicable. La pièce est d'abord montée avec des dents minérales et de la cire (Voyez 4, fig. 11). L'extérieur du modèle et des dents est enduit d'huile pour qu'on puisse aisément enlever le plâtre qu'on y coule. Il donnera en creux la face de la pièce qu'on veut faire (Voyez 3, fig. 11). Après l'avoir détaché de ce modèle, on met du papier et on coule le métal fondu dans la cuillère à potage par le procédé mentionné plus haut à propos des couronnes. Le premier moule métallique est enduit de talc, puis entouré de papier ; il sert à couler directement le contre-moule (Voyez 2, fig. 11).

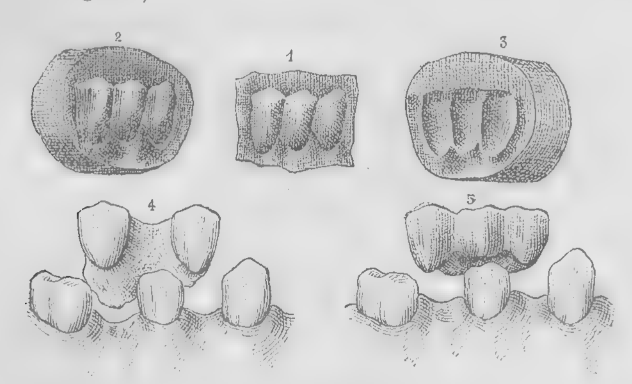


Fig. 11. — Appareil sans dent à revêtement métallique : 1. Plaque externe estampée ; 2. Moule de métal en relief ; 3. Contre-moule ; 4. Appareil monté en cire avec les dents minérales ; 5. Appareil terminé.

Une plaque d'or découpé est ensuite pressée entre les mors de l'étau (Voyez 1, fig. 11). Cet estampage donne la forme des dents minérales. On découpe et lime la plaque, de manière à ce qu'elle serve de revêtement externe — c'est-à-dire regardant

la joue. — La plaque est ensuite fixée à l'aide d'un peu de cire, on la consolide par du plâtre coulé à l'extérieur. Ensuite on renforce ce revêtement métallique d'étain coulé et l'on a ainsi une pièce partielle constituée par une plaque d'or ou de platine comme revêtement externe du côté de la joue, par une base en étain du côté lingual. Ce genre d'appareil sera vraiment précieux pour corriger une articulation, pour aider à la mastication ; s'il n'est pas applicable pour les dents du devant ; pour les molaires il a à défaut de qualités esthétiques tout ce qu'il faut pour assurer les fonctions physiologiques.

IV. — Appareils partiels en étain

Pour les pièces partielles, M. Herbst a trouvé une nouvelle application de l'étain fondu. Elles rendent possible la confection d'une pièce de six à huit dents en moins de deux heures. L'étain fondu est facile à faire, et il demande moins de temps que le caoutchouc ou le métal estampé. Si on veut y adjoindre des crochets, cela est facile, alors ils sont faits en premier lieu ; pour qu'ils tiennent dans l'étain, il est nécessaire d'y souder un crampon.

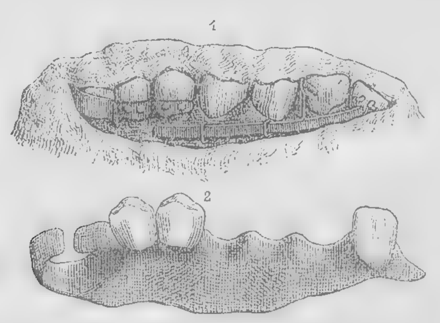


Fig. 12. — Appareil amovible en étain : 1. Plâtre disposé pour recevoir l'etain. Les anneaux et le renfort sont en place ; 2. Appareil terminé.

Pour donner à la plaque plus de solidité, quand elle est un peu longue, on peut la renforcer par un fil de maillechort courbé et placé de manière à être logé au milieu de la pièce et à être entouré de l'étain fondu. Cela fait, les dents sont ajustées puis montées en cire comme pour une petite pièce en caoutchouc. La cire faite, il est coulé du plâtre en dehors sur le modèle ; ce plâtre est destiné à maintenir les dents une fois la cire enlevée. En coulant le plâtre, on aura soin de placer quelques épingles à l'extérieur, près des dents artificielles ; ces épingles, on les enlève aussitôt le plâtre devenu sec, les trous qu'elles laissent ont pour but de donner une voie d'échappement

à l'air lors du coulage de l'étain. On doit également mettre une petite couche de plâtre le long du bord libre de la cire pour empêcher que l'étain coule plus loin qu'on ne le veut. La figure indique le *modus faciendi* de cette mise en plâtre.

On enlève la cire à l'eau chaude et on passe un peu de solution de chlorure de zinc sur le renfort et les crochets, puis on fait chauffer suffisamment son bloc de plâtre, et on procède au coulage et au foulage de l'étain comme il a été dit plus haut pour la dent à pivot.

On peut, par ce procédé, faire non seulement des appareils avec anneaux métalliques, mais encore une petite pièce de deux dents soutenue par une coiffe couvrant plus ou moins complètement une dent intercalaire. La figure 13 illustre ce genre d'appareil.

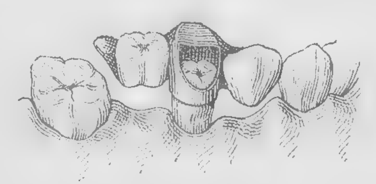


Fig. 13. — Appareil à pont avec coiffe métallique, dents minérales et base en étain.

V. — Email pour gencive artificielle

Dans les cas où il est nécessaire de faire un peu de fausse gencive, M. Herbst conseille d'employer du verre de Bohême pulvérisé et étalé comme la poudre à *Continous Gum*.

Le chalumeau ordinaire suffit pour la fusion de ce verre, s'il se produit des taches noires au contact du caoutchouc, l'acide chlorydrique les enlève aisément.

VI. — Empreintes pour pièces partielles

Nous mentionnons également une nouvelle manière de prendre l'empreinte pour pièces partielles. On place un gros morceau de godiva ramolli entre les arcades dentaires, le patient l'enfonce en mordant, on l'enlève, le met dans l'eau froide, il est remis dans la bouche, puis on l'enlève de nouveau après en avoir enlevé les bavures.

Cette première empreinte sert de porte-empreinte, l'empreinte définitive s'obtient en plaçant sur celle-ci une feuille de la même substance, laminée préalablement, — elle doit avoir une épaisseur de la cire rose de White. — Pour que l'union se fasse, la première empreinte doit être chauffée superficiellement.

Quand le godiva est encore mou, on place et on presse de nouveau l'empreinte, on obtient ainsi l'empreinte définitive. La fidélité de cette seconde empreinte est réellement surprenante, elle semble égale à l'empreinte au plâtre; elle a de plus l'avantage de donner l'articulation exacte du même coup. On coule ensuite l'empreinte du maxillaire articulant au plâtre en laissant dépasser beaucoup à la partie postérieure afin d'avoir un point de départ pour l'articulation. Cette dernière partie est huilée et on coule la partie destinée à la confection de l'appareil, ces deux empreintes peuvent se placer dans un articulateur, si on le désire.

Nous avons terminé ce long exposé; il parle de lui-même par l'abondance et l'importance des sujets traités. Il dénote une activité et un esprit inventif exceptionnels. Certains envisagent le progrès opératoire par la complication des méthodes et des appareils. M. Herbst a un idéal opposé il cherche toujours la solution du problème par la simplicité des moyens. Tous les dentistes lui en sauront gré et je suis heureux de lui témoigner une fois de plus mon admiration et ma reconnaissance sincères.

ULCÉRATION LINGUALE D'ORIGINE DENTAIRE

PAR M. BUGNOT médecin dentiste D. E. D. P.

(Communication à la Société de médecine de Rouen)

L'observation d'ulcérations linguales que j'ai l'honneur de vous présenter, a ceci d'original que la conclusion thérapeutique sort de la médication pour entrer dans la prothèse; en outre, leur siège est assez rare pour mériter d'être décrites.

Le jeune D... âgé de 9 ans, est envoyé chez moi à la date du 6 janvier 1892. Il vient d'être opéré pour granulations pharyngiennes, mais l'inquiétude de ses parents porte actuellement, non sur cette région, maintenant indolore, mais sur la langue dont l'enfant souffre depuis 3 mois.

Ces dernières semaines surtout deviennent intolérables; réveil presque toutes les nuits par des exacerbations subites, le reste du temps, sommeil agité, enfin mastication et même articulation vocale douloureuses.

A l'examen, le pharynx présente la trace de cautérisations récentes. La langue est absolument normale dans toute son étendue sauf à la pointe où siégent deux petites ulcérations, une de chaque côté du raphé. Ces ulcérations, du diamètre d'un petit pois, sont recouvertes de l'exsudat grisâtre qui accompagne

d'ordinaire ces manifestations. Elles ont une forme concave et les bords nettement limités sont de tissu normal sans zone enflammée.

Une hyperesthésie intense, empêchant le repos et l'alimentation donne surtout de l'importance à ces ulcérations qu'on pourrait prendre de prime abord pour une banale manifestation aphteuse.

Les médecins traitants ont cru remarquer que la rangée des incisives supérieures était double par suite de l'éruption de dents surnuméraires et que peut-être la morsure de la langue qui en pouvait résulter était la cause de ces ulcérations. Les moulages permettent de voir qu'en effet le tubercule interne des incisives, d'ordinaire atrophié, offre ici un développement inusité, pouvant simuler une évolution hétérotopique, mais qu'il n'existe que le nombre normal d'incisives.

Les ulcérations ne correspondaient d'ailleurs pas à la place de ces tubercules, la bouche étant fermée; il fallait donc repousser l'hypothèse d'un traumatisme de ce fait.

D'un autre côté, pas de tartre, pas de dents cariées ni de dents correspondant aux points ulcérés; c'est alors que j'usai d'un artifice en faisant exécuter des déplacements de la langue.

Que l'enfant tire la langue du côté droit, l'ulcération correspondante vient s'emboîter dans l'incisive latérale inférieure droite, le même mouvement est-il opéré du côté opposé, c'est l'ulcération gauche qui est en contact avec l'incisive latérale inférieure gauche.

Inutile de dire que ces mouvements latéraux sont très limités et exécutés continuellement d'une manière involontaire en dormant ou en mâchant, je ne les indique que pour attirer l'attention sur ce point: aucune des deux ulcérations ne correspond au repos normal à une dent quelconque et l'erreur provoquée par une anomalie de conformation devient dès lors très plausible. Si l'on examine attentivement les incisives latérales inférieures, on voit cependant que chacune d'elles a subi une torsion axillaire de quelques degrés et présente son bord interne non plus dans un plan parallèle à la courbe parabolique du bord alvéolaire, mais dans un plan obliquement antéro-postérieur par rapport à celui-ci. Cette évolution vicieuse a sa cause dans un développement trop restreint du maxillaire, mais l'irrégularité des dents est si minime, si peu choquante à l'œil, que ce n'est qu'en contrôlant scrupuleusement dans la mobilisation de la langue les rapports des ulcérations avec le bord interne de ces dents que le diagnostic d'ulcération d'origine traumatique a pu être confirmé.

Au surplus, l'appareil prothétique de redressement placé le 9

janvier au soir, permet à l'enfant de dormir toute la nuit, et les repas du lendemain sont triturés sans aucune difficulté. Les ulcérations disparaissent sans médication, et le 14 janvier, il n'en reste plus de traces, alors que pendant 3 mois les divers essais de guérison ont été infructueux.

PHLEGMON SUS MAXILLAIRE CAUSÉ PAR UN DÉBRIS DE TIRE-NERFS INCLUS DANS UN CANAL DENTAIRE

Par M. Duvoisin, D. E. D. P.

En mai 1887, Mlle X... vint me consulter pour une grande incisive cariée au 3e degré. Je suivis la thérapeutique habituelle: destruction de la pulpe, extraction du filet nerveux, obturation du canal avec la gutta-percha iodoformée et le reste à l'or adhésif. Je constatai que la fine extrémité de mon tire-nerfs s'était rompue et était restée incluse dans le voisinage de l'apex de la racine. Je n'y attachai pas grande importance et obturai définitivement la dent. Je revis ma malade pour d'autres soins assez fréquemment, la dent marchait très bien. L'année dernière, au mois de mai, c'est-à-dire trois ans après, elle me fit remarquer que sa dent était douloureuse à la pression, une petite grosseur se formait en même temps au niveau de l'apex de la racine. Cette grosseur augmenta graduellement, lentement, la dent était peu sensible à la percussion ; au bout d'un mois, elle était du volume d'un œuf de pigeon, défigurant complètement la jeune fille. Les muscles releveurs superficiels et profonds de l'aile du nez et de la lèvre supérieure étaient absolument distendus et l'inflammation gagnait toutes les parties avoisinantes de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

A la pression digitale de la tumeur, on éprouvait la sensation parcheminée. J'étais très perplexe ; je ne voyais guère comme remède que l'extraction de la dent pour provoquer l'écoulement des liquides pathologiques. La jeune patiente pleurait en voyant en imagination sa dent remplacée par une dent artificielle. Je sondai la tumeur avec une seringue de Pravaz, je retirai la première fois trois seringues pleines d'un liquide franchement purulent, dégageant une odeur infecte, puis, à deux ou trois jours d'intervalle, presque autant. Embarrassé, ne sachant que faire, je parlai de ce cas à mon professeur et ami, M. Chauvin, qui voulut bien examiner ma malade. Il résolut la réimplantation de la dent après curetage complet de l'alvéole. Aussitôt l'avulsion de la dent opérée, une masse de pus s'écoula,

le débris de tire-nerfs était pour ainsi dire complètement en dehors du canal par suite du commencement de résorption de l'apex de la racine; il est donc à supposer qu'il n'y avait qu'un quart de millimètre à peine dépassant primitivement l'apex ce qui a néanmoins suffi à amener une complication aussi grave. Le curettage, grâce à des tampons de solution cocaïnée, laissés chaque fois cinq minutes dans l'alvéole, fut assez bien toléré et amena une assez grande quantité de tissus altérés; il dura une demi-heure environ; après de grands lavages phéniqués, on aperçut le fond de l'alvéole net et complètement débarrassé de tous tissus non sains. Une large ouverture fut pratiquée au niveau de l'apex de la racine traversant de part en part l'alvéole pour permettre, une fois la dent réimplantée, le lavage de l'alvéole et la mise à demeure de mèches antiseptiques.

L'épaississement du périoste était considérable, sa trame fibreuse désorganisée, ramollie, infiltrée de pus. Après un ruginage complet de toute la membrane périostale et la résection de l'apex, nous fîmes une ouverture à la face palatine donnant directement accès dans la cavité pulpaire et le canal. Là, tout est absolument sain, nous retrouvons la gutta-percha iodoformée intacte et ce n'est qu'à l'extrémité de la racine que nous percevons une faible odeur. Après avoir passé deux ou trois sondes imbibées de créosote dans toute la longueur du canal et envoyé de l'air surchauffé, nous obturâmes canal et cavité pulpaire, puis réintégrâmes la dent dans son alvéole. Il était téméraire de compter sur une reprise, aussi la malade fut-elle prévenue du peu de chances que l'on courait, et pourtant au bout de quinze jours, tout allait pour le mieux. Deux fois par jour, pendant trois semaines, des lavages phéniqués furent faits, et des mèches fortement iodées placées dans l'ouverture pratiquée à la face externe de l'alvéole. Au bout d'un mois, la dent était presque solide, tous les phénomènes inflammatoires avaient absolument disparu, l'ouverture alvéolaire était obturée spontanément. La malade porta pendant six semaines un appareil de maintien.

Depuis dix-huit mois que l'opération a été pratiquée, il n'est pas survenu la moindre complication. Tout dernièrement, j'ai revu ma malade, la dent est tellement solide que je suppose un commencement d'ossification autour du périoste. Si, pour une raison quelconque, on était obligé d'enlever de nouveau cette dent là, l'extraction, à coup sûr, ne serait pas chose facile.

En résumé, depuis ce moment, vu les accidents susceptibles de se produire, je regarde soigneusement le tire-nerfs que je dois employer et examine tout particulièrement la fine extrémité qui souvent se détache assez facilement, étant donné que c'est

avec un débris d'un millimètre environ que j'ai eu tous les accidents énumérés ci-dessus.

ASSEMBLAGE ET BRASAGE DES PLAQUES MÉTALLIQUES DOUBLES

Par M. Cecconi, D. E. D. P.

L'assemblage des plaques, procédé qui a toujours été employé dans la bijouterie, a été introduit dans la prothèse dentaire depuis quelque temps.

Cette innovation prothétique, a pour but d'obtenir un estampage plus parfait que celui qu'on obtient à l'aide d'une plaque épaisse. Depuis le jour où je suis entré dans le laboratoire de M. Godon, je me suis toujours servi de ce procédé, la pratique m'a enseigné, que tel quel, il a des avantages compensés par quelques inconvénients.

L'assemblage des deux plaques, j'entends par ce mot, la superposition de deux plaques de même largeur, dont une au 3 d'épaisseur et l'autre au 6, la plaque au 3 s'appliquant sur la muqueuse palatine.

Cet accolement de deux plaques est différent du renfort plus ou moins étendu qu'on applique sur les points faibles.

L'assemblage est donc un moyen bien distinct du renfort : la difficulté de souder est plus grande, le résultat est différent par suite de l'estampage parfait de la plaque mince, celle en contact avec la gencive.

Mon confrère, M. Löwenthal, a communiqué à la Société d'Odontologie une simplification pour l'assemblage des deux plaques ; elle consiste en l'emploi de plaques soudurées, c'est à dire des plaques ayant, sur l'une des faces, de la soudure mise pendant la préparation de l'or, ou avant la soudure proprement dite. Cette soudure, répartie également sur toute la surface, assure une union plus parfaite, empêche les bulles et enlève quelques difficultés à l'opération.

Ce procédé n'est pas nouveau, il appartient à la bijouterie depuis longtemps, et la maison Savard de Paris, notamment, s'en sert depuis vingt ans pour fabriquer les bijoux à bon marché.

Si la priorité de l'idée même n'appartient pas à notre distingué confrère, il n'en a pas moins le mérite de l'avoir fait connaître aux dentistes.

Pour le mécanicien qui sait se servir du chalumeau, les plaques soudurées sont inutiles, et même contre indiquées, la

soudure crée une rigidité préjudiciable à l'estampage et ce qu'on gagne pour la facilité de la soudure on le perd pour l'ajustement.

La plaque sans soudure s'estampant très facilement, elle sera toujours préférable à la plaque or et soudure. Il suffira, pour souder aisément, de donner à la plaque mince un ou deux millimètres d'excédent du côté du palais pour y poser la soudure et la faire couler partout.

Une fois la pièce soudée, elle acquiert une certaine rigidité et même un mouvement de ressort qu'il est souvent difficile de faire disparaître, une fois la pièce terminée. Ce mouvement de ressort est dû, en grande partie, à la lame de soudure coulée entre les deux plaques.

Cet inconvénient, qui se produit aussi bien avec les plaques soudurées ou non, annihile en partie le perfectionnement de l'estampage primitif, tel qu'on l'obtient avec des plaques minces.

Pour faire disparaître cet inconvénient, qui est parfois considérable, je proposai à M. Godon de faire la plaque base en or fin. Peut-être, disais-je, la souplesse de l'or fin empêchera le mouvement de ressort.

L'idée fut essayée, donna des résultats supérieurs, et depuis je n'ai fait que des appareils à deux plaques dont la plus mince en or fin, la plus épaisse en or à 18 carats ; dire que je suis parvenu par ce procédé — pour lequel je ne réclame pas le mérite de l'invention — à obtenir une immobilité toujours parfaite de la plaque lorsqu'elle a passé au feu, ce serait exagéré, mais enfin la rigidité et le ressort diminuent beaucoup et les inconvénients signalés ci-dessus sont atténués.

J'ai voulu aller plus loin, et j'ai essayé le brasage des deux plaques, comme cela s'obtient pour le fer. C'est à dire, deux fragments métalliques soudés ensemble sans soudure. Cela est d'exécution plus difficile, et demande une grande expérience dans le maniement du chalumeau ; néanmoins, j'ai voulu tenter l'expérience et j'ai commencé par une pièce d'une dent, la pièce a réussi, et la rigidité que donne la soudure avait complétement disparu, il s'était même produit un phénomène contraire, la pièce était trop souple, alors, j'ai varié la force de l'or et j'ai augmenté l'épaisseur de la plaque à 18 carats en la portant au 8 de la filière.

Il est évident, qu'avec des épaisseurs pareilles, la plaque avait une grande solidité, enfin le mouvement de ressort n'existait plus. C'est l'important. Jusqu'à présent, je n'ai fait que des petits appareils de deux, trois ou quatre dents, et ils ont tous

réussi, mais je n'ai pas encore fait des plaques portant huit ou dix dents.

Certes, la difficulté du brasage devient de plus en plus grande à mesure que l'étendue s'accroît. En présence de cette difficulté, je me suis demandé si, en faisant braser deux plaques par les mêmes moyens que ceux employés pour la confection des plaques soudurées (bijoux en doublé), on pourrait estamper un appareil dentaire avec une plaque préparée préalablement, j'en ai fait l'essai, j'ai brasé deux plaques complètement à plat, j'ai estampé un petit appareil, et j'ai constaté que l'estampage est loin d'être aussi parfait que lorsqu'une plaque d'or fin est estampée isolément.

Je conclus en disant que le brasage des deux plaques, une en or fin, et l'autre en or à 18 carats, est le procédé le plus parfait pour les plaques métalliques dentaires, mais il y a encore des études à faire avant d'arriver à confectionner de grands appareils.

En soumettant ces observations à mes confrères, je n'ai pas la prétention d'être inventeur à aucun titre, mais seulement de leur présenter ce que la pratique m'a suggéré sur cette question délicate : la confection parfaite des plaques métalliques.

RECONSTITUTION D'UNE INCISIVE CENTRALE SUPÉRIEURE

Par MM. Heidé, professeur à l'Ecole dentaire de Paris et Emile Legros, élève de 3e année

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, Séance du mardi 7 juin 1892.)

Le malade que je présente est un sujet de 18 ans. Il est artiste musicien, et joue d'un instrument à vent. La dentition n'offre aucune particularité bien intéressante : l'articulation est normale.

A l'âge de 12 ans, cet individu a reçu sur le visage une pierre qui lui fendit la lèvre supérieure et fractura l'incisive centrale supérieure droite, sur toute la longueur de la couronne et aussi une certaine étendue de la racine, si bien que celle-ci se trouve taillée en sifflet à deux millimètres au-dessus du collet et du côté médian.

Pourtant, malgré le niveau supérieur de cette fracture, le morceau de la couronne tint pendant six ans, grâce au faisceau fibreux formé par la gencive et le périoste.

Le mois dernier, cette attache ayant fini par céder aux pressions continuelles de la langue et des lèvres de notre instrumentiste ; celui-ci, très précautionneux, vint nous trouver à la clinique avec

son morceau de couronne. Voyant la netteté de la fracture, les bords solides, M. Heidé pensa immédiatement à tirer parti de ce cas exceptionnel. Il est superflu de dire que la pulpe était morte. Le désordre se compliquait d'une fistule, laquelle était probablement due à la persistance même de la partie fracturée qui s'opposa à la sortie des gaz, sa solidité étant encore assez grande.

Après avoir fait subir à la dent le traitement habituel, et sur les indications de M. Heidé, je fis une rainure à la partie cervicale de la cavité et, considérant le morceau fracturé comme une facette d'émail ordinaire, je bouchai le canal à la hauteur de l'apex ; je pris ensuite l'empreinte au plâtre et la direction du canal avec un morceau de bois, comme si j'avais à faire une dent à pivot.

Après avoir coulé mon modèle, je préparai le morceau de la couronne de la façon suivante : la dentine cariée enlevée, je fis une rainure à la partie cervicale, comme pour ma cavité, je perçai ensuite un trou au foret horizontalement de l'intérieur à l'extérieur, de droite à gauche ouvert sur le côté médian, et correspondant à la moitié de la hauteur de ma couronne ; à l'extérieur, à l'entrée du trou, avec une fraise ronde je réservai un espace dans l'émail.

Je pris une tige de platine mou à une des extrémités de laquelle je soudai une tête en or, tandis que sur toute la longueur je faisais à l'échoppe quelques échancrures ; passant ensuite cette tige dans le morceau de couronne de manière à ce que la tête en or se logeât l'espace creusé à la fraise, je courbai l'extrémité libre pour que, pénétrant dans le canal, le morceau fracturé s'ajustât parfaitement sur la couronne.

Cela obtenu, à la clinique, par conséquent sur le malade, je fixai le pivot et par suite le morceau de couronne à l'aide de ciment Poulson dont j'avais rempli le canal, la cavité de la dent et celle de la partie fracturée.

Aujourd'hui, nous avons une consolidation parfaite et on ne voit qu'un léger liseré de ciment sur le pourtour de la fracture. Je dois ajouter que ce travail a été exécuté au mois de janvier dernier et qu'avant de vous le présenter j'ai voulu laisser la dent en observation pendant un laps de temps suffisant pour m'assurer de la solidité de ce travail et de sa résistance à la fatigue que la profession de mon malade l'oblige à lui faire supporter.

CORRESPONDANCE SPÉCIALE DE LA *REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE*

Compte rendu du congrès odontologique de Bale

Par A. Thioly-Regard.

Le 7e Congrès annuel de la Société Odontologique Suisse s'est tenu à Bâle les 14, 15 et 16 mai dernier. 70 sociétaires accourus de

tous les points du territoire helvétique et même de l'étranger ont témoigné par leur présence du vif intérêt qu'ils prennent pour tout ce qui concerne la vie professionnelle de leur Société.

La première journée a été consacrée aux affaires administratives. L'assemblée générale, présidée par M. L. Roussy de Genève, a tenu une longue séance, au cours de laquelle, Zürich a été choisi comme lieu de réunion du prochain congrès, au mois de mai 1893. M. le professeur Billeter a été élu président de la Société Odontologique Suisse.

Le second et le troisième jour étaient réservés aux conférences, démonstrations et procédés opératoires.

La grande salle du Vesalianiem de la Faculté de Médecine de Bâle avait été mise à la disposition des dentistes suisses pour y tenir leurs séances.

M. le Professeur Kollmann de Bale prit le premier la parole et fit une conférence sur « *la forme des maxillaires chez les Européens* ». A l'aide de planches dessinées et d'une nombreuse collection de crânes fort bien choisis, il fait assister ses auditeurs à un véritable défilé des différentes formes typiques du visage.

Suivant M. Kollmann, ces formes sont très variables et, d'après l'aspect général, sont vulgairement classées en visages ronds, carrés, ovales, pointus ou plats. Mais pour la science, cette description par trop primitive ne suffit pas, il faut analyser les détails ; le dentiste, en particulier, qui est obligé de remplacer des organes absents, doit connaître d'une manière spéciale les rapports, les proportions qui constituent l'ensemble de la physionomie. Le conférencier démontre alors les divers procédés permettant de prendre les mensurations des différentes régions crâniennes ; retenons, en passant, que, normalement, les trois espaces mesurés : depuis le haut du front aux sourcils, des sourcils à la base du nez et du bas du nez à l'extrémité inférieure du menton sont tous égaux.

Il n'est pas facile de faire une classification exacte de toutes les variétés rencontrées dans l'étude analytique de la forme du visage ; les deux types opposés peuvent seuls se prendre comme point de comparaison et ainsi nous aurons :

1° La forme « *leptoprosoper Europaër* », dans laquelle le visage est étroit et long, le nez long et mince ; depuis l'angle externe de la mâchoire inférieure, le corps de l'os maxillaire descend en bas et en avant. Les os maxillaires sont étroits, la voûte palatine est profonde et très étroite. Les arcades dentaires sont également étroites, les dents sont serrées et souvent déviées par suite de leur entassement. Dans l'occlusion de la bouche, les dents antérieures et supérieures passent en avant de celles du bas ;

2° La forme « *chamaeprosoper Europaër* » présente un visage court et large, les os maxillaires sont de même courts et larges, les pommettes sont saillantes, la voûte palatine est large, plate, peu profonde, le plus souvent l'apophyse palatine est proéminente ; depuis l'angle externe, le corps de l'os maxillaire inférieur se dirige horizontalement en avant. Les arcades dentaires sont larges, les

dents sont courtes ; lorsqu'elles ne sont pas volumineuses, elles sont espacées, les dents supérieures et inférieures mordent bout à bout, elles sont par ce fait usées de bonne heure. Un crâne de ce type chamaeprosoper ressemble à s'y méprendre à un crâne australien.

En terminant, le professeur Kollmann, émet encore d'intéressantes opinions personnelles basées sur de nombreuses observations concernant la transmission héréditaire des formes des maxillaires et des organes dentaires.

M. le Dr Roese, *privat-docent à l'université de Fribourg*, fait, sous forme de discours, une leçon bien appropriée à la circonstance, sur le développement des dents. La manière captivante avec laquelle il entretient son auditoire, sur un sujet des plus abstraits, démontre non seulement une érudition approfondie, mais encore une étude anatomique des plus minutieuses qui lui permet de présenter à son auditoire des préparations spéciales modelées en cire et agrandies. Parmi les pièces plasto-anatomiques présentées par M. Roese, on remarquait des gouttières dentaires d'embryons et des maxillaires de nouveaux-nés d'une fidélité de dissection parfaite, de même que des sections plastiques, avec fort grossissement, de germes dentaires et de leurs follicules dont les réseaux capillaires, la paroi folliculaire, l'organe de l'émail, le bulbe, etc., teintés de différentes couleurs, rendaient la compréhension des plus faciles. Par ce procédé ingénieux, l'étude de l'origine et de la formation des dents, dès la vie intra-utérine jusqu'à l'époque de la naissance de l'enfant devient attrayante, au lieu d'être un véritable casse-tête demandant un effort prodigieux de mémoire.

M. Schultess D. D. S. de Bale présente un moteur électrique à fraiser qu'il utilise depuis de longues années préférablement à tout autre système. La force électro-motrice se dégage d'accumulateurs renfermés dans une caisse de bois vernis qui supporte une forte tige verticale en acier montant et descendant à volonté, sur laquelle est placé le moteur. Cette tige communique directement avec les accumulateurs. La mise en action, de même que l'arrêt du moteur, s'opère au moyen du câble par un demi-mouvement tournant sur l'axe. La force du courant est réglée suivant les besoins au moyen d'un rhéostat adapté au pied du support. Un simple attouchement sur la manette suffit pour renverser le courant et changer ainsi le sens de la rotation. Les accumulateurs cachés dans la caisse sont installés dans une sorte de tiroir permettant une facile manipulation afin de pouvoir les faire recharger dans n'importe quel établissement possédant une dynamo. Pour contrôler la force électro-motrice, on peut ajouter un voltamètre.

Comme accessoire du tour à fraiser, il faut mentionner une hélice simple en acier extra-mince maintenue au bras du moteur qui, étant ajustée avec la pièce à main et le câble, tourne très rapidement et fait l'office d'un ventilateur. En outre, en établissant le contact et en faisant passer le courant par des pièces supplémentaires, on peut faire marcher une lampe électrique, une pompe à salive, un dessicateur électrique et même une sonnerie.

M. Muller D. D. S. *de Lenzbourg*, qui, l'année dernière, à Berne, avait vivement intéressé ses confrères en leur démontrant pratiquement la manière d'estamper des couronnes d'or et de confectionner des travaux à pont, renouvelle cette année-ci, sa démonstration en la complétant. Avec lui, le plus inexpérimenté peut s'initier aux travaux si minutieux que nécessite la confection des dents à pivot avec bague, des couronnes et des pièces à pont. L'habile technicien fait passer devant les yeux de ses collègues une quantité de modèles, de pièces en cours de travail, de moules, de contre-moules, d'appareils prêts à être soudés et de dentiers partiels terminés, de façon que l'on peut suivre le mode opératoire depuis le début, la prise des empreintes, jusqu'au posage définitif. C'est en quelque sorte une leçon de choses, qui, pour n'être pas d'une absolue nouveauté et dont le luxe de détails connus peut paraître exagéré, n'en intéresse pas moins le plus grand nombre; puis il y a toujours quelques petits procédés personnels à saisir.

En terminant, M. Müller présente un jeune homme de seize ans auquel il a placé, la veille, trois dents antérieures et supérieures à l'aide de pivots avec bague. De l'avis général, ce travail est déclaré parfait et son auteur en est vivement félicité.

Comme midi sonne à toutes les horloges de la bonne ville de Bâle, on se rend au banquet servi dans la vaste salle décorative du Cercle de la Clef, que l'antique et riche corporation des maîtres-serruriers, a bien voulu prêter à la Société Odontologique.

Succès gastronomique complet, nombreux toasts à la patrie, aux présidents sortant et entrant, télégrammes de salutations envoyés par des absents, etc. L'après-midi, promenade au château de Botmingen et la soirée se termine par une réunion familière au Café National sur le Rhin.

Vu l'importance des travaux qui restent encore au programme, il est décidé d'ouvrir la séance du lundi matin à 7 1/2 h. au lieu de 8 1/2 h.

M. Schultess, qui, dans sa clientèle, a expérimenté nombre de fois le pental, ce nouvel anesthésique récemment introduit dans la pratique dentaire, fait circuler le masque de Junker modifié dont il fait usage. Ce masque en métal blanc est de petite dimension avec un rebord en caoutchouc; à la partie profonde, un orifice est percé pour établir la communication, au moyen d'un fin tuyau en caoutchouc, avec un flacon vaporisateur gradué, système Richardson. En pressant le soufflet ou la poire en caoutchouc, 50 fois par minute, les vapeurs de pental sont chassées dans le masque, et introduites dans l'économie par les voies respiratoires.

Pendant que l'opérateur vaporise le pental, il doit surveiller la dose employée qui ne doit pas dépasser 5 centimètres cubes pour les enfants et 10 à 12 centimètres cubes pour les adultes. Avec les masques ordinaires et les compresses, il faut s'attendre à de nombreux insuccès.

M. Schultess procède à la partie expérimentable; en utilisant ce

masque de Junker, il anesthésie cinq patients avec le pental. L'extraction d'une ou deux racines est supportée par chacun d'eux sans manifester la moindre douleur et le réveil a lieu peu après sans aucun malaise. Le temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie varie entre 40 secondes et 2 minutes, elle dure de 3 à 7 minutes. Dans ces cinq cas, les patients ne semblaient pas avoir totalement perdu connaissance, ils obéissaient au commandement d'ouvrir la bouche, par conséquent avec le pental il n'y a pas de contractions spasmodiques des muscles masticateurs, comme cela a lieu avec le bromure d'éthyle.

A propos de ces expériences faites avec le pental, M. Roese prend la parole, d'abord pour reconnaître le plein succès des anesthésies pratiquées par M. Schultess, ensuite, comme il a conduit lui-même ou assisté à près de 600 narcoses produites soit par le pental, soit par le bromure d'éthyle, il donne brièvement connaissance du résultat de ses observations.

Tout d'abord, il ne croit pas à l'innocuité absolue de ces deux anesthésiques, il est vrai qu'ils sont relativement moins dangereux que l'éther ou le chloroforme, mais il convient tout de même de prendre autant de précautions qu'avec ceux-ci : desserrer ou enlever tout vêtement qui gêne la respiration, ne pas essayer d'anesthésier des alcooliques et refuser catégoriquement le bénéfice de la narcose à toute personne trop craintive ou maladive. M. Roese a constaté, très rarement il est vrai, des résistances incompréhensibles à l'action anesthésique, soit du bromure d'éthyle, soit du pental ; certains sujets ont pu absorber jusqu'à 30 grammes de l'une ou de l'autre de ces deux substances sans pouvoir atteindre la période indolore ; par contre, il a été heureux de découvrir qu'un patient réfractaire au pental subissait l'effet narcotique du bromure d'éthyle et *vice-versa* ; par conséquent ces deux anesthésiques se complètent.

Si les signes du sommeil chirurgical sont faciles à reconnaître dans la narcose avec le bromure d'éthyle, il n'en est pas de même avec le pental, car, avec cette dernière substance, l'anesthésie s'éblit sans symptôme particulier et ne peut se soupçonner qu'après un peu d'habitude. Le plus généralement, les bras sont flasques, les yeux largement ouverts et la pupille fortement dilatée. L'aspect de la physionomie ne change pas, quant au réflexe palpébral de la cornée, il persiste la plupart du temps.

Ordinairement le patient se réveille frais et dispos comme après un bon sommeil, il peut quitter le cabinet du dentiste et vaquer à ses affaires sans malaise ni crainte de suites désagréables ; cependant M. Roese déclare qu'il a eu l'occasion d'observer trois ou quatre fois des complications secondaires inattendues. Ainsi le patient peut partir réconforté et tout joyeux, tout à coup, 5 ou 6 heures après, il se déclare un malaise subit suivi de nausées et de vomissements, puis un certain état d'abattement ; de violents maux de tête et une paresse d'esprit s'alliant à la paralysie générale pouvant persister pendant une semaine et demander l'intervention du médecin.

Il ne s'explique pas les causes qui font qu'avec des anesthésiques comme le bromure d'éthyle et le pental, les effets ne soient pas toujours identiques chez tous les narcotisés; il est certain que les tempéraments y sont pour beaucoup, mais peut-être les impuretés des substances employées doivent être invoquées. Evidemment, le praticien ne peut soupçonner les négligences apportées dans la préparation chimique des produits qu'il utilise; il ne peut pas analyser le contenu de chaque flacon; mais, en tous cas, il ne faut jamais se servir d'un liquide qui ne serait pas parfaitement clair ni exempt de toute trace de coloration. Il convient d'ajouter que le pental est aujourd'hui beaucoup mieux préparé, il ne possède plus cette odeur forte, désagréable et âcre qu'on lui reprochait au début.

M. Gruter de Besançon procède à l'extraction, à l'obturation suivant la méthode antiseptique usuelle, et à la réimplantation d'une première prémolaire inférieure gauche, très cariée et atteinte d'une périostite chronique, qui incommodait une jeune Bâloise.

Dès ce moment, les deux fauteuils d'opérations sont très entourés pour suivre les démonstrations d'aurifications cohésives et non cohésives.

M. L. Roussy, M. C. D. de Genève, explique le système des obturations à l'aide de cylindres et de rubans d'or mou. Après en avoir préparé un certain nombre avec de l'or non cohésif, nos 4 et 6 de White, en quelques minutes il aurifie avec dextérité une grande cavité coronale de la seconde molaire inférieure droite d'un jeune homme de quatorze ans.

M. A. Bardet, L. D. S. de Genève se montre également à la hauteur de la tâche qu'il avait acceptée, de démontrer la méthode d'aurification cohésive à l'aide du maillet Bonwill actionné par le moteur électrique de M. Schultess. Une jeune dame, dont la seconde prémolaire supérieure droite est profondément cariée, se prête docilement à l'expérience. La cavité médio-coronale s'étend du collet à la moitié antérieure de la couronne, les bords sont friables. L'ancrage se fait avec des cylindres de Wolrab. L'aurification se continue avec des longues bandelettes simples (c'est-à-dire non doublées) coupées dans des cahiers de Gold-Standard, cohésif n° 40, dont une des extrémités est portée avec des brucelles contre la paroi profonde de l'obturation, ensuite en utilisant le maillet électrique qui sert en même temps de fouloir et de marteau, l'or est soudé et condensé, la bandelette étant repliée sur elle-même lorsque le bord de la cavité est atteint. L'aurification, y compris le polissage, se termine en moins d'une demi-heure. L'opérateur reçoit les compliments élogieux des assistants.

M. Gutzwyler D. D. S., de Bâle, démontre le procédé opératoire des obturations combinées de ciment et d'amalgame, sur une seconde prémolaire inférieure droite, en grande partie détruite par la carie.

M. Cludius, de Grenoble, expose une collection de pièces partielles à base d'étain coulé. Selon la pensée de l'inventeur de ces petits appareils, M. Herbst, de Brême, ils sont destinés à éviter des plaques

encombrantes lorsqu'il s'agit de remplacer 2 ou 4 dents et que l'on peut disposer de racines et dents naturelles pouvant servir de point d'appui et de maintien. (Je n'insiste pas sur ce sujet, comme M. Cludius m'a déclaré que ce système serait présenté aux deux écoles dentaires de Paris, j'ai tout lieu de croire qu'une mention spéciale en sera faite par la rédaction parisienne de cette revue).

M. Brugger de Kreuzlingen fait l'historique de la prothèse pour remédier aux défectuosités des organes palatins ; il montre différents systèmes d'obturateurs et d'appareils préconisés par Suersen, Kingsley, Brandt et d'autres, destinés à combler les lacunes congénitales ou accidentelles de la voûte palatine et du voile du palais. Il présente cinq deshérités de la nature (trois jeunes personnes et deux représentants du sexe fort) qui, grâce aux bienfaits de la prothèse buccale pour quatre d'entre eux et de la staphylorrhaphie pour le dernier, ne sont plus condamnés à être aphones.

Malgré la fatigue résultant d'une séance prolongée, l'assemblée prend encore connaissance d'un mémoire lu par :

M. Frick D. D. S., de Zürich, qui soulève la question des honoraires. Les sociétés locales, où la concurrence de quelques pseudo-dentistes, ont presque toutes élaboré un tarif que les membres signataires s'engagent à appliquer en ne descendant pas au-dessous des prix marqués. C'est la publication par affiches dans le cabinet ou par lettres circulaires de ces tarifs que M. Frick trouve trop bas, qui lui fait un devoir de prévenir ses confrères qu'ils risquent de faire toujours plus déprécier leur art en demandant des honoraires trop peu élevés. Beaucoup vont contre leurs intérêts en croyant que plus ils travailleront bon marché, plus ils verront augmenter leur clientèle au détriment de leurs collègues, etc., etc. La discussion qui suit la lecture de ce travail, prouve que nous sommes sur un terrain brûlant : les uns voudraient voir expulser de la Société Odontologique Suisse tous ceux qui font un abus de la réclame dans la presse quotidienne ou qui demandent des honoraires dérisoires ; d'autres proposent d'appliquer une taxe d'après le temps employé en prenant par exemple un tarif uniforme de 20 francs par heure.

Cependant la question ne paraît pas encore assez étudiée ni mûrie pour qu'une décision fût votée à brûle-pourpoint ; pourtant l'impression qui se dégage de ce débat, est que la Société Odontologique de Genève a peut-être bien trouvé le meilleur mode de faire, en établissant pour les membres de la Société un tarif dentaire minimum comme extrême limite des concessions pour les prix réduits, mais qu'il est interdit de publier, d'afficher ou de distribuer.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à midi moins dix, puis toute l'assemblée se rend au Casino d'Eté où le banquet d'adieu clôture joyeusement le VII[e] congrès corporatif Suisse.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA REFORME DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

Par Ch. Godon

LA NOUVELLE LOI. — SES CONSÉQUENCES

La loi sur l'exercice de la médecine vient de retourner à la Chambre des députés revue, corrigée et considérablement amendée par le Sénat.

La commission législative et son rapporteur M. le Dr Chevandier paraissent disposés à soumettre à nouveau aux délibérations et au vote de la Chambre la loi telle qu'elle est sortie des votes du Sénat, sauf en ce qui concerne l'art. 11 relatif à l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie dont le rapporteur demandera la suppression.

Tont le monde paraissant désireux d'aboutir, la loi sera très probablement votée telle que par la Chambre des députés.

Par suite de la suppression de l'article en question, la loi sera soumise à nouveau au Sénat et votée assez rapidement, le rapporteur admettant d'ores et déjà cette modification.

La nouvelle loi sur la médecine pourra donc enfin être promulguée prochainement..... à moins que des circonstances imprévues, des incidents de séances, de nouvelles modifications, ou des événements politiques possibles ne viennent l'ajourner indéfiniment.

Pourtant il est permis d'admettre dès maintenant, après la discussion très complète qui a eu lieu à la Chambre Haute, que les articles qui concernent l'art dentaire ne recevront plus de nouvelles modifications et que, sur ce point particulier, la loi, si elle est promulguée, sortira du grand appareil législatif telle qu'elle vient de sortir des délibérations du Sénat.

Nous pouvons donc considérer ce projet comme la législation future de l'art dentaire en France et en étudier les conséquences sur l'exercice de la profession de dentiste, la composition du personnel professionnel et l'avenir de nos institutions.

Les articles qui concernent l'art dentaire peuvent se résumer ainsi :

1° *Réglementation légale de la profession de dentiste; obligation pour ceux qui voudront l'exercer de posséder le diplôme de docteur en médecine ou le diplôme transitoire d'officier de santé ou enfin le diplôme nouveau de chirurgien-dentiste obtenu après études et examens à déterminer devant une faculté ou école de médecine ;*

2° *Extension des droits des futurs chirurgiens-dentistes et le droit de pratiquer l'anesthésie générale et locale;*

3° *Necessité pour les étrangers de se soumettre, sauf quelques dispenses, aux mêmes obligations que les nationaux ;*

4° Délit d'exercice illégal appliqué à toutes les opérations du dentiste sauf à la pratique de la prothèse dentaire et à l'extraction accidentelle des dents; délit d'usurpation du titre de chirurgien-dentiste;

5° Par dispositions transitoires, droit pour tous les dentistes patentés au 1er janvier 1892 de continuer à exercer, sous le titre de dentistes autorisés.

On comprendra sans peine combien un semblable projet, appliqué à une profession libre depuis un siècle, en modifiera les conditions de fonctionnement et le développement.

Nous examinerons les conséquences légales de ce projet 1° au point de vue général de la profession; 2° de la composition du personnel dentiste; 3° au point de vue des institutions professionnelles.

Conséquences de la loi au point de vue général de la profession.

L'insertion, dans une loi sur la médecine, d'articles réglementant l'art dentaire a pour conséquence première d'assimiler pour l'avenir au point de vue légal l'art dentaire à l'art médical.

Jusqu'alors la législation avait été très variable à ce sujet.

Le dentiste avait été, dans certains cas et par certains tribunaux, considéré comme un médecin, et il lui avait été appliqué toute la jurisprudence appliquée à la profession médicale; dans d'autres cas, au contraire, d'autres tribunaux l'avaient assimilé aux simples commerçants. Comme tel, du reste, le dentiste était électeur au tribunal de commerce, aux prud'hommes, etc.

Dans la plupart des pays étrangers, les lois régissant l'art dentaire étaient des lois spéciales.

A l'avenir, la jurisprudence sera définitivement fixée sur ce point en France : l'exercice de l'art dentaire sera assimilé à l'exercice de l'art médical, le dentiste sera, au point de vue légal, un médecin, d'un ordre un peu spécial, mais non plus un commerçant, et les différents actes qu'il sera appelé à faire dans l'exercice de sa profession tomberont sous le coup des lois et décrets applicables à la profession de médecin; ainsi, pour la prescription relative au recouvrement des honoraires qui sera de deux ans (art. 12), les frais de dernière maladie (art. 13), la vente de la clientèle, etc.

Dans certains cas pourtant, le dentiste devra nécessairement conserver la qualité de commerçant et être justifiable des tribunaux de commerce, par exemple lorsqu'il s'agira de la fabrication et de la vente des appareils dentaires, ou des produits dentifrices. Mais cela sera considéré comme l'exception; le dentiste devra donc cesser de figurer comme électeur sur les listes pour la nomination du Tribunal de commerce ou le Conseil des prud'hommes.

Le nouveau chirurgien-dentiste diplômé de l'État sera donc assimilé au médecin pour presque toutes ses obligations ou privilèges.

Pourtant cette assimilation ne sera pas complète.

Le nouveau praticien se différenciera du médecin :

1° Par son titre spécial de chirurgien-dentiste;

2° Par les études et les examens spéciaux qui lui seront imposés.

3° Par sa pratique qui, quoique légalement plus étendue que sous le régime précédent, se trouve pourtant limitée au traitement des affections de la bouche et des dents et à la pratique de l'anesthésie générale et locale.

Le titre spécial de *chirurgien-dentiste* accordé aux futurs diplômés de l'État par le Sénat ne l'a pas été sans peine.

La Chambre l'avait d'abord refusé, la commission sénatoriale également.

C'est seulement en discussion publique, à la première délibération qu'un sénateur, l'honorable M. Olivier, a réussi à obtenir pour les dentistes ce titre que l'usage leur avait depuis longtemps octroyé en France et qui les place, au point de vue du titre, dans une situation équivalente à celle de leurs confrères étrangers.

Les études et les examens du futur chirurgient-dentiste seront différents des études et des examens exigés pour être médecin.

Mais quels seront-ils? Sur ce point, nous ne pouvons que nous livrer à des hypothèses.

Nous lisons dans l'art. 2:

« Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État. »

Il faut donc attendre le règlement qui sera rendu après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

On peut trouver dans le rapport de M. Cornil, quelques renseignements intéressants qui montrent que le programme aura quelques analogies avec ceux des écoles dentaires existantes.

Nous signalerons également cette déclaration de M. Brouardel au Sénat :

Nous sommes au début d'une règlementation; il est évident que les premiers examens ne seront pas extrêmement sévères. Mais il est certain aussi que nous arriverons bientôt à l'état où on se trouve en Allemagne, en Autriche et dans d'autres pays.

En Autriche, où les examens n'ont pas été abolis comme en France au commencement du siècle, on n'a maintenant que des docteurs comme dentistes.

La discussion publique a eu ce résultat des plus utiles d'obliger le rapporteur à définir le rôle du futur dentiste. Il résulte de cette définition que la pratique du nouveau diplômé, quoique évidemment plus limitée que celle du médecin, sera singulièrement plus étendue que sous le régime actuel. Qu'on en juge par la déclaration suivante faite à la première délibération par le rapporteur M. Cornil en réponse à une question que lui posait à ce sujet l'honorable M. Blavier dont l'incessante intervention a été des plus utiles aux dentistes :

« Nous définirons l'exercice de la profession par la faculté donnée aux personnes munies de diplôme ou d'autorisation de traiter habituelle-

ment, journellement des maladies de la bouche, de la muqueuse buccale et des dents. Ainsi, les dentistes ou les chirurgiens-dentistes seraient des hommes instruits qui connaîtraient très bien les maladies de la bouche et qui pourraient traiter, non pas seulement les maladies de la dent seules, mais aussi les maladies des gencives, de la muqueuse buccale, en général, et même jusqu'à un certain point des *maxillaires*. Ils feraient aussi, naturellement, des extractions de dents, plombages et appareils, et poseraient ces derniers.

Pour compléter cette définition, il faut y ajouter le droit de pratiquer l'anesthésie générale et locale qui a été accordé sur la demande du Gouvernement et a fait l'objet d'une discussion intéressante à laquelle nous renvoyons les lecteurs. Mais ce droit reste limité aux diplômés de l'Etat ; quant aux dentistes autorisés, pratiquant par suite des dispositions transitoires, ils restent dans la situation fixée par les tribunaux dans de récents procès [1]. Ils ne peuvent pratiquer ni l'anesthésie générale ni l'anesthésie locale sans l'assistance d'un médecin.

Une autre conséquence de la règlementation est la situation nouvelle qui va être faite aux étrangers.

Désormais, ceux-ci seront obligés de se soumettre aux mêmes obligations d'études et d'examens que les nationaux. Par suite, l'immigration en France des dentistes de toutes nationalités sera rendue plus difficile et probablement diminuée.

Le délit d'exercice illégal et d'usurpation du titre de *chirurgien dentiste* classe la profession au rang des professions privilégiées, c'est-à-dire des quelques corporations dont l'Etat, en dehors du droit commun, garantit et protège l'exercice sous certaines conditions, en punissant ceux qui l'exercent sans droit, en excluant ceux qui deviennent indignes (art. 27-28).

Nous n'insisterons pas à nouveau sur le caractère exceptionnel et les inconvénients divers qui peuvent résulter d'un tel régime.

Nous l'avons déjà fait autre part [2].

Il est indéniable aussi que les quelques corporations qui se trouvent encore dans cette situation jouissent d'une certaine somme de prérogatives dont bénéficiera la profession de dentiste et ceux qui l'exerceront à l'avenir.

Il a été fait à ce délit d'exercice illégal, quelques exceptions d'autant plus importantes à signaler, que les syndicats professionnels auront le pouvoir de poursuivre ce délit. Ce sont celles qui concernent ceux qui se livrent exclusivement à la fabrication et à la pose des appareils dentaires, et ceux qui, accidentellement, pratiqueront l'extraction des dents.

1. La jurisprudence interdit l'emploi des agents anesthésiques aux dentistes ; elle a été fixée par un arrêt de la Cour de Lille en 1872, pour le chloroforme ; par un arrêt de la Cour de Paris, en 1886, pour le protoxyde d'azote et par un arrêt de la Cour de Lille, en 1890 pour la cocaïne.

2. Voir *L'exercice de la profession de dentiste doit-il rester libre en France*, in-8, 84 p. Paris, Alcan Lévy, 1891 et *L'organisation de la profession de dentiste en France*, in-8, 48 p. A. Majesté, Châteauroux, 1892.

Pour ces derniers, l'exception est inscrite dans la loi et paraît définitive.

« Art. 17... Les dispositions du paragraphe Ier du présent article ne peuvent s'appliquer................ ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents. »

En conséquence, tous les hommes appartenant à des professions diverses qui, actuellement dans les villages, pour les paysans ou les ouvriers, pratiquent l'extraction des dents, curés, sœurs de charité, coiffeurs, forgerons, etc., pourront continuer sans être aucunement inquiétés.

Nous nous contenterons de faire remarquer que c'était surtout ces praticiens *accidentels* (!) que les partisans de la loi voulaient atteindre.

En ce qui concerne la prothèse dentaire et les *mécaniciens-dentistes*, l'exception quoi qu'elle n'ait pas été formellement inscrite dans la loi, n'en résulte pas moins de la discussion qui a eu lieu à la seconde délibération, sur l'intervention de M. Blavier, et de la déclaration très précise faite par M. Brouardel au nom du gouvernement.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Un dernier mot sur un des amendements proposés : tout à l'heure, l'honorable M. Blavier parlait des mécaniciens qui se chargent de prendre l'empreinte des dents et font des appareils dentaires. Il n'y a là rien de comparable avec l'exercice de la médecine ou de l'art dentaire ; ces mécaniciens font un travail analogue à celui des fabricants d'appareils orthopédiques pour les enfants affectés de pied-bot ou à celui des spécialistes qui font et posent des bandages. Les poursuivre, c'est comme si on poursuivait Mathieu ou Charrière parce qu'ils auraient fabriqué un appareil ou un corset orthopédique. Cela n'entre en aucune façon dans les prévisions de la loi.

Que la loi le dise expressément, je l'accepte, bien que je le juge inutile ; mais il n'est jamais venu à notre pensée de comprendre ces industriels, qui ont beaucoup de talent et de mérite, dans les prescriptions que nous proposons, ni de les inquiéter en quoi que ce soit.

Ainsi, comme on vient de le voir, les conditions d'exercice de la profession de dentiste en France vont se trouver considérablement changées par la loi nouvelle.

La profession était libre.

Elle sera règlementée.

— Elle était autonome.

— Elle sera assimilée à l'art médical.

— Nous examinerons dans un prochain article quelles conséquences ces conditions nouvelles pourront avoir sur la composition de son personnel professionnel.

LE CONGRÈS DENTAIRE UNIVERSEL COLOMBIEN DE CHICAGO

Par M. Ch. Godon.

Un événement destiné à avoir un certain retentissement dans le monde professionnel se prépare actuellement aux Etats-Unis.

A l'occasion de l'exposition universelle qui doit avoir lieu à Chicago en 1893, en l'honneur du quatrième centenaire de la découverte de l'Amérique, nos confrères de l'autre côté de l'Atlantique organisent un congrès dentaire spécial.

L'élaboration de ce projet ne s'est pas faite sans soulever certaines difficultés et sans provoquer de longues discussions.

Un congrès dentaire spécial en 1893 à Chicago paraissait à certains esprits une superfétation, alors qu'il y aurait la même année à Rome le Congrès des sciences médicales. Ce congrès dentaire, disait-on, nuirait au succès de la section odontologique du congrès médical.

Il est vrai que cette section n'est pas encore admise par les organisateurs du congrès romain, qu'il serait possible qu'elle n'y en eut pas, comme à Copenhague, en 1884; enfin existerait-elle, qu'il n'y aurait pas lieu de regretter beaucoup la concurrence qui lui serait faite, si l'on considère le peu de résultats qu'ont donné les mêmes sections dans les congrès médicaux précédents à Londres, à Berlin, etc.

Cette première question résolue, on s'est demandé si le congrès dentaire serait *international* ou simplement *national.*

Dans le premier cas, il devenait semblable au congrès tenu à Paris, en 1889, et paraissait en être la suite. Il aurait été le *deuxième* congrès dentaire international, ce qu'un certain nombre de dentistes américains ne voulaient admettre à aucun prix!

Pourtant, le congrès ne pouvait être non plus déclaré national puisque l'exposition était universelle et que toutes les nations étaient invitées. On s'est enfin décidé pour un congrès *universel,* seulement avec cette restriction très curieuse et que nous citons intégralement:

Que ce congrès ne pourrait être considéré comme ayant aucune connexion avec aucun congrès précédent ou futur, mais qu'il serait une réunion unique, complète et finale.

Cette résolution a eu au moins l'avantage de mettre tout le monde d'accord. Grâce à la bonne volonté et aux efforts persistants des organisateurs, toutes les difficultés ont été ainsi tour à tour aplanies et l'œuvre paraît aujourd'hui en bonne voie.

Le règlement est élaboré et publié, la plupart des commissions sont nommées. Parmi elles, nous voyons figurer un certain nombre de noms fort connus dans le monde professionnel des différents pays.

Nous sommes heureux d'y compter celui du président honoraire du congrès de 1889, l'honorable M. E. Lecaudey, et celui de notre

ami P. Dubois, le directeur de notre journal qui, on s'en souvient, a déjà été représenter notre société en 1887 à Washington.

La partie préparatoire, la plus importante de toutes, est ainsi terminée. Les bases très larges sur lesquelles le futur Congrès parait établi, les conditions de lieu et d'époque de sa réunion, la valeur professionnelle de ceux qui l'organisent, nous font espérer que cette réunion de dentistes de tous les pays sera très brillante et très profitable à la marche progressive de notre art.

Elle permettra de constater les progrès réalisés depuis ces dernières années dans chaque pays et de s'orienter plus sûrement en vue des progrès nouveaux.

Aussi, nous envoyons aux principaux organisateurs les Drs Walker, Hunt, Marshall, Stockton, Taft, etc., et à notre ami, le Dr Harlan, l'adhésion complète de notre nouveau journal à leur entreprise, nos félicitations pour les résultats qu'ils ont déjà obtenus, et l'assurance de notre appui et de notre concours.

Nous espérons que le public professionnel français si souvent enclin à se désintéresser de ce qui se passe à l'étranger, voudra suivre avec attention les prochaines délibérations du futur congrès ; que l'art dentaire français sera représenté à Chicago l'année prochaine par une délégation aussi importante et aussi nombreuse que possible.

A la suite d'une invitation que nous avait apportée en 1889 notre ami, le Dr Harlan, d'aller tenir la 2e réunion du congrès dentaire international à Chicago, le Congrès de Paris, a adopté, à sa dernière séance, sur notre proposition et celle de nos amis Chauvin et Dubois, le vœu suivant :

« Le Congrès considère que dans des circonstances semblables à celles qui ont amené la réunion du Congrès de Paris, il ne pourra qu'être avantageux à la profession de provoquer la réunion de congrès dentaires internationaux et laisse aux sociétés odontologiques adhérentes le soin de déterminer le lieu et l'époque du deuxième congrès dentaire international[1]. »

Comme on le voit, le futur congrès de Chicago se trouve constitué en conformité de ce vœu.

Il est donc du devoir de tous les adhérents du 1er congrès dentaire international de contribuer au succès du futur congrès Colombien. Ils démontreront ainsi une fois encore, qu'au point de vue de notre art, les congrès dentaires spéciaux sont supérieurs aux sections dentaires des congrès médicaux.

Et pour nous ce sera une nouvelle occasion de montrer que, si l'art dentaire a paru subir en France quelque ralentissement pendant une partie de ce siècle, les dentistes français se sont souvenus qu'au siècle dernier ils avaient été des initiateurs, et que, depuis une douzaine d'années, par la création d'écoles, de sociétés et de journaux professionnels, ils ont su donner à notre art une nouvelle impulsion.

1. Congrès de Paris. Séance du 5 septembre 1889. Voir comptes rendus, pages 398 à 402.

Aussi, adressons-nous à tous nos confrères, sans distinction de parti, de société ou d'école, un chaleureux appel pour assurer à Chicago, en 1893 la participation de l'art dentaire français, au Congrès universel Colombien.

(Nous nous proposons de suivre pas à pas l'œuvre du congrès. Nous nous tiendrons à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner sur tout ce qui le concernera.

En attendant, nous publions ci-dessous les principaux articles du règlement.)

EXTRAIT DU RÈGLEMENT

Nom.

Art. 1. — Congrès Dentaire Universelle Colombien.

Lieu de réunion.

Art. 2. — Chicago-Illinois.

Époque de la réunion.

Art. 3. — Lundi, 17 août 1893, jusqu'au 27 août inclusivement.

But.

Art. 4. — De réunir dans un but professionnel, scientifique et social, les dentistes des États-Unis et de tout autre pays.

Le prix d'admission au Congrès International Dentaire de Colombie est fixé à cinq dollars, exigés seulement pour les dentistes habitant les États-Unis.

UNE RECTIFICATION INDISPENSABLE

Le procès-verbal de la séance de l'Association générale des dentistes de France du 12 janvier 1892 contient les parole suivantes de M. Touchard.

« J'avoue que je me représente difficilement M. Dubois se présen-
» tant devant M. Brouardel et celui-ci lui disant : Comment vous
» me traitez d'incompétent dans votre journal et vous venez me
» demander des concessions j'estime que quand on va solliciter
» quelqu'un on ne commence pas d'abord par le menacer de le
» frapper ».

Il n'était pas du rôle de M. Dubois de menacer, de frapper le doyen de la Faculté de Médecine, et rien dans ce qu'il a écrit ne justifie les accusations de M. Touchard. Elles sont absolument gratuites.

Qu'il veuille bien consulter l'article où il est parlé de M. Brouardel et il apprendra que j'ai regretté que les allégations de M. le commis-

saire du Gouvernement n'aient pas été combattues « par le seul » contradicteur compétent pouvant parler à la tribune. » Mes paroles sont. (*Que ce contradicteur*) « aurait pu demander à l'éminent » doyen de la Faculté de Médecine de préciser le nombre d'acci- » dents toxiques dus à l'emploi du chloroforme par les dentistes, » d'indiquer les sources des observations sur les accidents de » cocaïne ».

Et rien de plus.

Les hommes de bonne foi penseront, j'espère, que cette phrase n'a rien de la menace et que les représentations imaginaires de notre distingué confrère manquent de raison d'être.

P. D.

RÉCEPTION DU Dr HERBST

Plusieurs membres du corps enseignant de l'École dentaire de Paris ont voulu témoigner au Dr Herbst leur sympathie et leur reconnaissance, et ils ont profité de son voyage à Paris pour le recevoir à dîner, le lundi 9 mai, dans les salons du café Riche. Les convives étaient:

M. le Dr Herbst;

M. le Dr Haltbner, son collaborateur;

M. Cludius, de Grenoble, un des premiers et des plus fervents adeptes de la méthode rotative;

MM. Chauvin, Dubois, Heidé, Papot, Prével et Ronnet;

M. Godon, retenu par un devoir de famille, s'était fait excuser.

Au dessert, M. Heidé porta le toast suivant:

« Monsieur le docteur Herbst, Messieurs,

» Au nom des professeurs de l'École dentaire, ici présents, et au mien, je vous souhaite, cher monsieur Herbst, la bienvenue parmi nous, et je vous adresse nos plus chauds remercîments pour vous être imposé un voyage long et fatigant dans le seul but de faire part à vos confrères français de vos dernières découvertes.

» Depuis mon voyage à Brême, en 1888, j'ai pu, à plusieurs reprises, faire des démonstrations de vos procédés; elles ont été suivies avec intérêt, quoique je fus un mauvais traducteur de votre pensée, aussi, quand on a eu connaissance de votre arrivée, nous avons tous pensé que c'était un événement professionnel important.

» Qu'il me soit donc permis de vous témoigner nos sympathies et de vous dire combien nous sommes heureux de vous avoir à notre table ce soir.

» Nous buvons à votre santé, et c'est avec la plus profonde reconnaissance que je dis: Vive le docteur Herbst! »

TOAST DE M. HERBST

« Messieurs,

» C'est avec plaisir que j'ai reçu, en son temps, une invitation de

venir à Paris pour démontrer mes inventions et perfectionnements. J'ai toujours été heureux de donner mon concours à mes confrères d'Europe, ainsi qu'à ceux de l'autre côté de l'Atlantique pour le progrès de notre science.

» Je n'ai épargné ni mon temps, ni l'argent, et j'ai fait des démonstrations pratiques afin de répandre, au profit de mes confrères, mes perfectionnements. Dans plusieurs pays, j'ai de sincères partisans et je serais très heureux si, vous aussi, messieurs, vous vous trouviez encouragés par les démonstrations que j'ai eu l'avantage de faire devant vous à appliquer quelques-uns de mes procédés.

» Je suis très flatté, et je vous remercie de l'attention et du grand intérêt que vous avez prêté à mes travaux.

» J'ai fait mes efforts pour doter l'art dentaire de quelques perfectionnements, et j'aurais encore bien des choses à démontrer; le temps me manque. Ces lacunes me procureront, j'espère, l'occasion de revenir auprès de vous.

» Que tout ce que j'ai pu faire, serve à notre art; c'est mon désir le plus sincère.

» Je bois à l'avancement de l'art dentaire, de ceux qui y travaillent, quelle que soit leur origine. »

M. Dubois, au nom des dentistes français, félicita le Dr Herbst en ces termes:

« Je suis heureux de rappeler, dans cette réunion intime, que l'*Odontologie* fut l'un des premiers journaux dentaires à faire connaître, au public professionnel, les découvertes de M. Herbst, cela en 1884.

» Les dentistes français firent plus et, peu de temps après, le conseil de direction de l'École dentaire de Paris déléguait l'un des meilleurs d'entre nous, notre excellent collègue Heidé, auprès de l'inventeur de la méthode rotative.

» Depuis, cette méthode a toujours figuré sur nos programmes et nous avons suivi, avec attention et admiration, les découvertes, les applications ingénieuses de notre éminent confrère.

» Pour nous, dentistes praticiens, nous accordons la première place dans nos préoccupations à la perfection et à la simplification des opérations.

» Nul ne les a servies avec plus de succès que M. Herbst, et c'est pourquoi nous sommes heureux de choquer nos verres en son honneur. »

Cette réunion improvisée laissera, nous en sommes convaincus, le meilleur souvenir à ceux qui ont eu le plaisir d'y assister.

PRÉVEL.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

par Maurice Roy.

I. Stomatite à streptacoques et purpura. — II. Stomatite mercurielle. — III. Liseré gingival produit par l'ingestion de borax. — IV. Une épidémie de stomatite aphteuse. — V. Ulcérations buccales d'origine saturnine. — VI. Le menton de galoche. — VII. Prothèse immédiate. — VIII. Des abcès du sinus. — IX. Accidents graves consécutifs à un abcès de la dent de sagesse. — X. Calcul salivaire. — XI. Trichinose de la langue. — XII. Actinomycose chez l'homme.

Les recherches bactériologiques tendent à attribuer, dans l'étiologie des stomatites, un rôle de plus en plus considérable aux micro-organismes. Il y a peut-être un peu d'exagération dans cette tendance, il n'en est pas moins très intéressant de noter les recherches qui sont faites dans ce sens.

I. — Stomatite a streptacoques et purpura

L'*Union Médicale* relate d'après M. Raoult une observation de stomatite à streptocoques avec purpura. Il s'agit d'une malade âgée de 45 ans, soignée dans le service de M. Dujardin-Baumetz, à l'hôpital Cochin. « Cette femme souffrait depuis une huitaine de jours de la gorge et se plaignait d'une cuisson très vive dans toute la bouche. De plus, depuis la veille étaient apparues, sur la face (à la racine du nez) sur les bras, les avant-bras, sur le tronc et sur les cuisses, des plaques rouge-brun purpuriques. La gorge, très tuméfiée, présentait à sa surface, sur les piliers du voile et sur les amygdales, des plaques assez étendues d'un exsudat pseudo-membraneux blanc, épais, s'enlevant assez facilement avec le pinceau. Toute la muqueuse buccale était gonflée; les gencives étaient sanieuses, couvertes d'un exsudat blanc grisâtre ; les dents étaient entourées d'une masse molle, pultacée, grisâtre. L'haleine était très fétide, et il s'écoulait une salive assez abondante. »

On pensa d'abord à une stomatite mercurielle, mais la malade ne sait pas quels sont les médicaments qu'on lui a fait prendre en ville. L'examen bactériologique démontre la présence de streptocoques dans les fausses membranes de la muqueuse gingivale.

L'angine et la stomatite traitées par des badigeonnages de phénol sulforicinés des irrigations d'eau boriquée et un traitement général tonique guérit au bout d'une dizaine de jours. La malade avait été prise deux jours après son entrée de douleurs articulaires qui persistèrent assez longtemps.

II. — Stomatite mercurielle

A propos d'un cas de stomatite pseudo-membraneuse d'origine hydrargyrique, M. de Saint-Germain étudie dans le *Journal des Connaissances Médicales* la pathogénie de la stomatite mercurielle aiguë.

La malade qui fait le sujet de cette observation, était atteinte de troubles anémiques anciens compliqués d'un ictère récent. Après l'absorption d'un gramme de calomel en deux jours et en quatre fois, elle fut prise de phénomènes graves du côté de la bouche.

L'évolution de ceux-ci s'est faite en deux phases : première phase caractérisée uniquement par la sensation de cuisson dans la bouche et la rougeur œdémateuse de la muqueuse sans état général appréciable.

Seconde phase : Frissons, insomnie, haute température, engorgement ganglionnaire, apparition des fausses membranes. Aucun moment on n'a observé de fétidité de l'haleine ni de ptyalisme bien marqué.

La malade sort de l'hôpital complètement guérie. Entre temps l'ictère a disparu. La stomatite a duré vingt jours.

M. de Saint-Germain se ralliant a l'opinion de M. Galippe, repousse l'idée de l'idiosyncrasie admise par la plupart des auteurs pour expliquer les accidents produits chez certains individus par l'administration de dose minime de mercure. Pour lui : « Il faut de toute nécessité faire intervenir l'agent microbien, auquel, il est vrai, l'agent chimique prépare le terrain et confectionne un milieu de culture favorable à son développement. »

C'est ainsi que chez la malade citée plus haut, il appelle la première phase de l'évolution des accidents, phase hydrargyrique, chimique et la seconde, phase infectieuse, microbienne. C'est pourquoi il proclame la nécessité du traitement antiseptique conjointement au chlorate de potasse pour combattre l'hydrargyrisme.

Les micro-organismes sont quelque chose ; mais il nous paraît excessif de rejeter d'une façon aussi absolue l'idiosyncrasie, qui n'est pas à notre avis, quantité négligeable.

III. — Liseré gingival produit par l'ingestion de borax

On connaissait le liseré gingival de l'intoxication saturnine. M. Georges Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille vient d'observer un liseré analogue à la suite de l'ingestion de borax. Il publie à ce sujet une étude dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

Chez deux épileptiques auxquels il faisait prendre quotidiennement 2 grammes de borax, il se produisit un liseré tout à fait analogue au liseré saturnin, accompagné d'un peu de salivation. Ce liseré disparut dans un cas, par la suspension du traitement, dans l'autre, par la diminution de la dose. Ces deux malades étaient exempts de saturnisme.

Pour M. Lemoine « c'est dans la pullulation des microbes due à la salivation et dans les fermentations de tout ordre qu'elle provoque qu'il faut chercher la cause des stomatites que l'on observe dans les intoxications chroniques d'origine minérale et peut être aussi du liseré gingival ».

Ce liseré ne se produit que chez les malades dont la bouche laisse plus ou moins à désirer au point de vue des soins hygiéniques et peut être aussi à une idiosyncrasie.

IV. — Une épidémie de stomatite aphteuse

Elle est tout à fait extraordinaire, et par son intensité et par sa gravité l'épidémie de stomatite aphteuse que décrit M. Siegel dans la *Deutsche Méd. Wochenschrift*, et que reproduisent les *Archives générales de Médecine.*

La fièvre aphteuse des bovidés (vulgairement *cocotte*) régnait depuis plusieurs années à Britz localité voisine de Berlin. Cette affection a été le point de départ d'une épidémie de stomatite aphteuse qui a atteint les deux tiers des habitants de Britz et de Rixdorf, localité voisine de ce dernier pays, comptant ensemble 9 000 habitants. A Britz seulement elle a causé 36 décès, 21 chez les adultes, 15 chez les enfants.

L'incubation est de 3 à 10 jours; l'affection s'annonce par des frissons de la courbature, des nausées, de la fièvre ; on observe ensuite de la tuméfaction de la bouche puis des vésicules suivies d'ulcérations. A la fin de la période fébrile apparaissent des pétéchies, des bulles pemphigoïdes contenant du sang.

Les complications sont de divers ordres, orchite, aménorrhée, avortement, paraplégie, contractures tétaniformes; arythmie et souffles cardiaques.

Le foie est tuméfié, rien du côté de la rate. Tendance aux hémorragies cutanées (pétéchies) nasales, gastro-intestinales.

La convalescence dure de 4 à 8 semaines, mais on a vu des malades souffrir pendant un an ou dix-huit mois.

Dans la contagion directe de l'homme à l'homme, plusieurs fois constatée, l'affection a été plus grave que dans la contagion d'origine animale.

L'auteur a trouvé dans le foie et dans les reins des sujets ayant succombé, des bactéries qui inoculées ont reproduit la stomatite chez le veau et le porc. L'inoculation n'a pas donné de résultat chez le lapin et le cobaye.

V. — Ulcération buccales d'origine saturnine

Le D[r] Stedman dans *The Lancet*, reproduite par les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, a pu réunir, chez des enfants en bas âge en proie à l'intoxication saturnine, plusieurs observations d'ulcérations de la muqueuse buccale qu'il n'hésite pas à considérer comme un des signes de cette intoxication. Ce sont des ulcérations consécutives à des phlycténes de la dimension d'une tête d'épingle,

elles sont bordées d'une pellicule blanchâtre et siègent à la face interne des joues.

VI. — LE MENTON DE GALOCHE

M. Magitot, dans la *Gazette des Hôpitaux*, consacre un long article avec figures à « la difformité faciale connue vulgairement sous le nom de menton de galoche et sa guérison par les moyens orthopédiques ».

Cette étude peut présenter quelque intérêt pour les médecins, mais pour les dentistes, ils n'y trouveront rien qui ne leur soit archiconnu. C'est un long plaidoyer en faveur du plan incliné.

Sans nier les excellents résultats obtenus par l'emploi de cet appareil, il n'est pas juste de le prôner à l'exclusion de tout autre, car ses inconvénients sont nombreux, quand ce ne serait que le trouble d'articulation des molaires qui peut survenir par son emploi un peu prolongé.

Voici les conclusions de l'article de M. Magitot :

« 1° La difformité faciale, connue sous le nom vulgaire de *menton de galoche*, est susceptible d'une guérison complète par les moyens orthopédiques;

2° L'appareil qui convient particulièrement dans ce cas est le *plan incliné*;

3° Son application ne rencontre aucun inconvénient et ne produit aucun accident;

4° La durée du traitement est proportionnelle à la jeunesse des sujets et à l'énergie musculaire employée;

5° La limite d'application de l'appareil, sans être établie d'une manière fixe, semble répondre à l'âge adulte. »

Il est à regretter que notre savant confrère, dans cette clinique stomatologique, ne se soit pas livré à l'étude d'une question un peu plus nouvelle et un peu plus originale.

VII. — Prothèse immédiate

M. Martin a présenté à la Société nationale de médecine de Lyon une malade à laquelle on fit, il y a six ou sept ans, la résection à peu près complète du maxillaire inférieur pour un sarcome fasciculé de cet os et à laquelle il fit un appareil orthopédique. Le résultat est très satisfaisant, la malade peut manger des deux côtés et on peut voir que la récidive n'a pas été favorisée par le port de l'appareil, il s'est même fait un petit arc osseux probablement à cause de la conservation du périoste.

VII. — Des abcès du sinus

La Société française d'otologie et de laryngologie a tenu sa session annuelle au mois de mai.

M. Cartaz a appelé l'attention sur certains abcès chroniques du sinus où l'on voit la suppuration persister indéfiniment en dépit

des lavages antiseptiques les plus soigneux. Il conseille dans ce cas une large ouverture de la fosse canine et le curettage de la cavité. Dans deux cas semblables, l'auteur a trouvé dans l'un une muqueuse très épaissie et bourgeonnante, dans l'autre un sinus divisé en trois loges communiquant par un très petit pertuis.

Dans une précédente séance M. Luc, partisan de l'origine dentaire des abcès du sinus, a présenté cependant deux observations où les molaires enlevées pour le diagnostic et le traitement ne présentaient pas de lésions apparentes.

M. Zarinko a observé un abcès du sinus dans le pus duquel on a trouvé en abondance l'aspergillus fumigatus. Il recommande pour l'empyème de l'antre d'hygmore l'ouverture par la partie moyenne des fosses nasales. Cette opinion ne nous paraît pas défendable, ce point se trouvant éloigné de la partie déclive du sinus.

IX. — Accidents graves consécutifs a un abcès de la dent de sagesse.

M. Linou a communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'un soldat entré à l'hôpital militaire avec forte fièvre (39°5), gêne respiratoire tuméfaction de la région sus hyoïdienne. Un abcès s'ouvre dans l'arrière gorge, les accidents persistent cependant et le gonflement s'étend à la région sus claviculaire qui est incisée. Les symptômes ne s'amendant pas, M. Linou fait la trépanation du sternum, pensant à un abcès du médiastin antérieur. On constate quelques jours après un abcès de la dent de sagesse, la dent est enlevée et tous les symptômes disparaissent progressivement.

Il est fâcheux que, dès le début, il n'ait pas été fait un examen soigneux de la bouche qui aurait probablement appelé l'attention vers cette dent de sagesse.

X. — Calcul salivaire

Dans la correspondance viennoise de la *Semaine Médicale*, nous voyons que M. Weinlechner a présenté à la Société imperio royale des médecins de Vienne, une concrétion, du volume d'une fève qu'il a extraite du canal de Warthon d'un homme de soixante ans. Il y avait quarante ans que cet homme avait, au niveau du plancher de la bouche, une petite tumeur dure qui ne l'incommodait pas. Ce n'est que dans les quinze derniers jours qu'il éprouva des douleurs dans la région sous-maxillaire ; celle-ci était enflammée, rouge et contenait une petite tumeur solide. Il était impossible d'introduire une sonde dans le canal de Warthon. L'auteur pratiqua à ce niveau une incision et enleva la concrétion présentée.

XI. — Trichinose de la langue

Dans la *Revista de Médecina y Cirugia*, on trouve l'observation, reproduite par le *Lyon médical*, d'un homme de cinquante ans sans tare syphilitique ou tuberculeuse à qui on fit l'amputation de la langue pour une tumeur ulcérée de cet organe dont le diagnostic

avait été épithélioma. Examinée au microscope, cette tumeur fut reconnue pour une trichinose de la langue avec ulcération du tissu scléreux développé autour des kystes.

XII. — Actinomycose chez l'homme

L'actinomycose est une affection rare chez l'homme et l'on n'est pas absolument certain de son mode de transmission. Une observation que publie *la Pratique Médicale* apporte un argument de plus à l'opinion qui admet la transmission par les céréales. Un garçon de quatorze ans d'un village du département du Nord, soignant des vaches laitières, se blesse la gencive en mâchonnant un fétu de paille de blé. Au point lésé se développe huit jours après une tuméfaction dure qui n'est pas modifiée par l'extraction d'une dent cariée voisine (la 2e molaire inférieure gauche). Cette tuméfaction évolue lentement comme une gomme ou une adénite tuberculeuse. Quatre mois après le début des accidents on constate « un ulcère circulaire de 10 millimètres de diamètre environ, avec des bords minces, taillés à pic, et avec un fond lisse, de couleur irrégulière d'un rouge grisâtre, moins saigneux que les ulcères tuberculeux ordinaires. Au pourtour de l'ulcère, la peau est décollée dans une étendue de 4 à 5 centimètres; elle présente une couleur régulièrement foncée d'un rouge violacé presque vineux ; elle y est également amincie et sensible au contact. A la limite du décollement se trouve un bourrelet peu saillant et d'une épaisseur de 3 à 4 millimètres seulement, sans changement de couleur à la peau, mais avec une adhérence incontestable et uniforme aux tissus sous-jacents ».

(Nous reprocherons à l'observateur de ne pas très bien préciser le siège des lésions.)

Un mois après il pratique l'excision des parties décollées et l'ablation des fongosités à la curette tranchante. Cette opération met à découvert un pertuis étroit qui conduit sur le maxillaire. On peut déterminer l'existence d'une tumeur « uniformément dure, développée aux dépens du bord inférieur et de l'angle gauche du maxillaire inférieur. Cette tumeur est du volume d'un œuf environ et elle est appréciable et du côté de la muqueuse et du côté de la peau » (du moins pendant le sommeil chloroformique).

L'auteur arrête là son intervention et quelques jours après, d'accord avec le Dr Redier de Lille, il décide l'ablation de la tumeur du maxillaire en réservant le diagnostic demeuré incertain.

« La surface osseuse mise à découvert après l'incision de la peau n'est ni blanche, ni lisse, ni dure comme le maxillaire normal ; elle est irrégulièrement et superficiellement mamelonnée, d'une couleur gris foncé, d'une consistance intermédiaire entre celle du tissu compact et celle du tissu spongieux. Toute cette surface est saigneuse, mais d'une façon peu régulière et peu copieuse. L'orifice du trajet fistuleux est situé sur le milieu du bord inférieur de l'os ; il présente une forme très régulièrement circulaire, avec un diamètre de trois millimètres, comme s'il était taillé à l'emporte-pièce. Un

segment osseux est enlevé à la gouge et au maillet et met à découvert une section dont l'irrégularité est très peu commune. En effet, plusieurs points, distants les uns des autres, offrent bien les caractères de la raréfaction du tissu osseux à divers degrés de son évolution. Les uns renferment des tissus mous, presque gélatineux, d'une couleur framboisée, grise ou brune; il y a même quelques points noirâtres. D'autres sont de petits foyers crémeux, d'un jaune très pâle qui fait supposer une date très récente pour leur évolution. Enfin, d'autres foyers, de beaucoup les plus nombreux, sont caractérisés par une coloration plus foncée du tissu osseux, avec des marbrures jaunes ou grisâtres et surtout bien caractérisées par une consistance extrêmement friable. »

Les tissus pathologiques sont enlevés à l'aide de la curette et de la gouge sans que dans ces manœuvres, on trouve trace du follicule de la dent de sagesse ou de l'artère dentaire, quoique la table interne de l'os soit mise à découvert dans une notable étendue, au niveau de l'angle de la mâchoire. Après excision du trajet fistuleux, on réunit à l'aide d'un lambeau autoplastique en laissant un drain. La plaie se réunit par première intention.

M. Augier reconnut dans des fragments enlevés la présence de l'actinomycose.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletin et Actes de la Société des Dentistes du Sud-Ouest. Bordeaux. Imprimerie Rogot, 1891.

Les dentistes du Sud-Ouest ont l'honneur d'avoir commencé le mouvement de décentralisation de l'art dentaire en France, et à ce titre, ils ont droit à la sympathie de tous ceux qui s'intéressent au développement de notre profession. Les sociétés provinciales sont aussi nécessaires que les sociétés parisiennes, et il serait souhaitable que l'initiative de nos confrères de Bordeaux soit imitée dans d'autres grands centres.

Les résultats sont après tout encourageants. Grâce au bon vouloir de la municipalité, nos confrères ont obtenu une salle pour leurs séances et une autre pour l'établissement d'un dispensaire. Le Conseil Général a même fait plus, en proposant à la Société d'organiser un service dentaire départemental; nous regrettons d'avoir à constater que ces bonnes dispositions ont été accueillies par une fin de non-recevoir.

Nos recherches statistiques [1] donnent au département de la

1. P. Dubois, *Les Dents des Français*, Comptes rendus du Congrès Dentaire International, p. 45.

Gironde une des plus mauvaises places (le n° 84) parmi les départements ayant un grand nombre d'édentés, c'est pourquoi les dentistes girondins auraient trouvé profit scientifique et moral à seconder, même dans une faible mesure, les dispositions de leurs représentants départementaux.

Espérons que mieux avisés, ils voudront, au moins pour la ville de Bordeaux, faire quelque chose dans ce sens. A Rouen, à Dieppe, à Niort, etc., des dentistes isolés ont assumé la charge d'un pareil service. Ils ont rendu des services. Une société peut faire les choses plus largement, et pourquoi ne le ferait-elle pas? l'humanité et la corporation en tireront profit.

Le compte rendu des séances renferme des communications et des discussions intéressantes et nous sommes convaincus que ceux qui les ont suivies, glanèrent nombre d'idées utiles pour leur pratique quotidienne.

Nous l'avons dit : nous jugeons les actes de nos confrères avec sympathie, à cause de l'intérêt général qui s'attache à leur création, cela nous empêche de signaler quelques petites attaques à l'adresse des dentistes parisiens, et de mettre en relief les défectuosités d'une société qui fait ses premiers pas. Ses aînées n'en sont pas exemptes.

P. D.

Transactions of the Dental Society of New-York, 1890, 1891.

Comment ne pas rendre hommage à l'activité professionnelle de nos confrères transatlantiques, quand on voit certains d'entre eux donner des communications à leur société locale, à la société provinciale et aux grandes réunions annuelles de l'Américan Dental Association ?

Ici il s'agit de la Société de l'Etat de New-York et de sa réunion annuelle. Le volume renferme 140 pages contenant des contributions de valeur et nous signalerons surtout le *Rapport sur la pratique* et les *Défauts congénitaux de l'émail d'Abbott*. La matière est mêlée dans de semblables recueils, aussi on ne sera pas étonné d'y rencontrer des communications de moindre importance, comme l'étude ébauchée sur les maladies du sinus maxillaire, et la communication sur les appareils à ressorts métalliques, pour le redressement des dents. On se demande ce que deviennent les dents au contact des fils métalliques ronds qui constituent l'appareil et comment on peut ainsi obtenir assez de force pour traiter les redressements compliqués figurés dans la communication de M. Jackson.

Les comptes rendus valent surtout par l'ensemble et par les travaux de mérite qu'ils renferment.

On trouvera de ces derniers, dans les comptes rendus de la Société Dentaire de New-York ; et somme toute ensemble ferait honneur à n'importe quelle réunion professionnelle.

P. D.

Contribution à l'étude des stomatites dans l'enfance et en particulier de la stomatite diphtéroïde impétigineuse, par le docteur Ernest Poulain, *Thèse de Paris*, 1892.

La coïncidence de l'impétigo et de lésions buccales est connue depuis peu, puisque, ainsi que l'indique l'auteur dans son historique, c'est Bergeron (*Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, art. Stomatite) en 1883 qui en parle le premier sous le nom de phagédénisme des lèvres. Depuis, les communications de M. Comby à la Société clinique 1887 et de MM. Sevestre et Gastou à la Société médicale des hôpitaux 1891 ont achevé de faire connaître ces lésions.

Le Dr Poulain avant de passer à la description de la stomatite diphtéroïde impétigineuse étudie le rôle joué par la cavité buccale, par sa constitution anatomique et ses modifications physiologiques dans la genèse des stomatites. Sa situation à l'entrée des voies aériennes et digestives, les fermentations qui s'y produisent en font un milieu éminemment propre au développement des microorganismes qui y pullulent même à l'état normal.

Que l'intégrité de la muqueuse vienne à être attaquée, elle présente alors une moins grande résistance à l'envahissement microbien.

Parmi les causes capables d'altérer la muqueuse buccale l'auteur insiste tout particulièrement avec Gubler sur l'acidité de la bouche due, d'après Claude Bernard, non pas à l'acidité de la salive, « liquide organique à réaction alcaline fixe », mais aux fermentations buccales.

Passant à l'étude de la stomatite impétigineuse il établit d'abord l'analogie pathogénique des lésions cutanées de l'impétigo et des ulcérations de la stomatite, elles sont dues les unes et les autres au *Staphylococcus Aureus* ainsi que cela résulte des recherches bactériologiques de M. Gastou à l'hôpital Trousseau.

Les manifestations buccales de l'impétigo ne sont d'ordinaire qu'une complication des lésions cutanées, néanmoins on les voit quelquefois précéder celles-ci (Comby). Comme causes prédisposantes figurent les mauvaises conditions hygiéniques, la rougeole la coqueluche, les troubles gastro-intestinaux, etc., la propagation à la muqueuse buccale se fait soit par extension de voisinage ou par auto-inoculation à l'aide des doigts, des vêtements, etc.

Cette stomatite, qui est caractérisée par des plaques blanchâtres d'apparence diphtéroïde qui font corps avec la muqueuse, débute ordinairement sur la lèvre inférieure au niveau du bord libre : on voit apparaître en ce point de petites plaques opalines, demi transparentes; d'abord assez ternes, elles ne tardent pas à présenter une épaisseur un peu plus grande et font une très légère saillie, elles ont alors une coloration d'un blanc grisâtre assez brillant quelquefois légèrement jaunâtre et comme cireux, elles sont très adhérentes et ne peuvent être détachées de la muqueuse. Ces plaques sont allongées et ont cinq à six millimètres de long sur deux ou trois de

large. Par ordre de fréquence leur siège est, après la lèvre inférieure, sur les commissures et la lèvre inférieure, puis la face interne des joues, le voile du palais, la langue, elles ne se développent pas sur les gencives et dans aucun cas on n'en a observé sur le pharynx et sur les amygdales. Les ganglions lymphatiques ne sont que peu tuméfiés du fait de la stomatite.

L'auteur s'étend très longuement sur le diagnostic différentiel de la stomatite diphtéroïde impétigineuse avec les autres stomatites et avec les ulcérations de diverse nature que l'on peut observer dans la cavité buccale. Nous ne le suivrons pas, faute de place, dans cette étude où figurent toutes les stomatites avec leurs principaux caractères, ce qui contribue à faire de la thèse du Dr Poulain un travail des plus intéressants à consulter pour celui qui veut avoir, sous une forme concise et claire, un tableau d'ensemble des stomatites et ulcérations buccales.

Le pronostic de la stomatite impétigineuse est bénin, la maladie persiste environ huit à douze jours et ce délai peut être encore diminué à l'aide du traitement.

Comme traitement, antiseptie buccale, lavages boriqués fréquents, collutoires au chlorate de potasse ou au borax, phénol sulforiciné.

M. R.

De l'antéversion et de la rétroversion dentaire chez l'homme. Pathogénie. Traitement, par le Dr Pottier. Thèse de Paris. 1892.

Ce travail n'apporte absolument rien de nouveau, ce n'est même pas une étude un peu complète de cette anomalie cependant bien commune. Il s'y trouve de plus deux petits points qui méritent d'être relevés.

D'abord, après quelques lignes d'historique, l'auteur nous confesse qu'il considère comme très problématique les résultats obtenus dans le traitement des anomalies de disposition. Il ne serait cependant pas difficile d'en donner de nombreux exemples, quand ce ne serait qu'à la clinique de l'Ecole Dentaire de Paris.

Le second point est celui-ci ; comme cause étiologique de l'antéversion il dit :

« Sous l'influence de maladies générales (rougeole, variole, fièvre typhoïde, diphtérie, etc.) nous constatons parmi les complications des accidents plus ou moins généralisés du côté de l'appareil buccal.

« *Sous l'influence de ces complications, les follicules dentaires de la deuxième dentition peuvent subir des déplacements.* »

Je me trompais quand, au début, j'écrivais que ce travail ne nous apportait rien de nouveau. Voilà une théorie nouvelle des anomalies de direction. Nous connaissions des troubles de structure des dents mis sur le compte de certaines maladies générales, encore que l'on ne soit pas d'accord sur les affections capables d'amener ces troubles; mais des maladies générales comme cause de déplacement de follicules, nous avouons ne pas connaître cela et nous regrettons que

l'auteur n'ait pas joint à sa thèse les observations qu'il doit avoir à l'appui de cette théorie qui nous semble quelque peu extraordinaire.

Comme traitement de l'antéversion M. Pottier recommande l'appareil à double bandeau, le bandeau antérieur muni de chevilles de bois.

Pour la rétroversion, le même appareil avec chevilles sur le bandeau postérieur ou le plan incliné.

Cette thèse est suivie de cinq observations banales de redressement. M. R.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

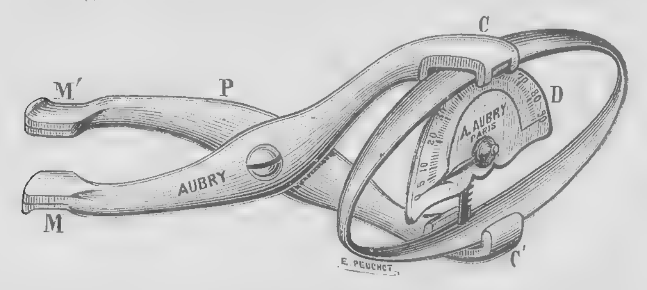
UN DYNAMOMÈTRE MAXILLAIRE

M. Féré a présenté à la Société d'anthropologie de Paris un dynamomètre maxillaire qui nous paraît pouvoir rendre service en art dentaire ainsi que pour des recherches de physiologie buccale.

M. Aubry a bien voulu mettre à notre disposition le cliché de l'instrument construit par lui. Nous le présentons à nos lecteurs en reproduisant la note de l'inventeur M. Féré.N. D. L. R.

NOTE SUR UN DYNAMOMÈTRE MAXILLAIRE

J'ai fait construire par M. Aubry un dynamomètre destiné à mesurer l'énergie des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure.



Cet instrument, qui peut servir en médecine à l'exploration des paralysies de la branche motrice du nerf trijumeau, me paraît pouvoir être utilisé dans les recherches anthropométriques. J'ai déjà pu constater que l'énergie des muscles qui meuvent la mâchoire n'ont aucun rapport nécessaire avec l'énergie de ceux de l'avant-bras, qui sont l'objet des explorations les plus ordinaires. Il paraît y avoir un rapport entre l'énergie des muscles de la mastication et le développement de la mandibule. C'est ainsi qu'on remarque, en général, une grande faiblesse des mouvements chez les individus qui présentent une apophyse, dite lémurienne, coïncidant généralement, chez l'homme, avec un développement défectueux des dents. Cette exploration peut présenter quelque intérêt chez les criminels.

Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris.

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que notre collaborateur le Dr Thomas vient d'être nommé bibliothécaire-adjoint à la Faculté de Médecine de Paris.

DISPENSAIRE POUR LES ENFANTS MALADES DE PARIS

Un dispensaire gratuit pour enfants malades vient de se fonder dans le 11e arrondissement sous la présidence d'honneur de MM. Floquet, président de la Chambre des députés; Lockroy et Mathé, députés, et Péan, Longuet et Petitjean, conseillers municipaux du 11e arrondissement.

Notre collaborateur M. Papot vient d'être nommé dentiste de ce dispensaire : qu'il reçoive nos félicitations.

M. H. Mummery vient d'être nommé président de la Société Odontologique de la Grande-Bretagne pour l'année 1892.

SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE D'EUROPE

La Société Dentaire Américaine d'Europe, tiendra sa dix-huitième réunion à Bâle-Suisse les 1, 2 et 3 août.

Les membres de la profession sont cordialement invités à y assister.

Les cliniques seront un point spécial de cette réunion.

L'université mettra des chambres confortables à la disposition de la société ; et un amphithéâtre ingénieux, pouvant réunir dans le voisinage immédiat du patient un plus grand nombre de spectateurs qu'on ne peut en placer généralement pour surveiller les opérations, sera loué par les soins de l'Association Dentaire Suisse.

On peut se procurer des programmes en s'adressant au Président, Dr Bryan de Bâle ou au secrétaire. *C. W. Jenkins.*

TROIS CHARLATANS POUR UNE SEULE VILLE

Un de nos correspondants nous fait parvenir un numéro du *Petit Calaisien*, du 27 décembre, qui ne contient pas moins de trois réclames de dentistes (??)

Les Calaisiens sont donc bien crédules pour que cette espèce pullule si bien chez eux.

Nous reproduisons les échantillons du puffisme de ces messieurs. Ils méritent d'être connus de nos lecteurs :

N° 1.

Le professeur Antoine de Casagrande, chirurgien-dentiste et orthopédiste diplômé, chevalier de plusieurs Ordres, décoré de plusieurs médailles d'or, avertit le public que son cabinet est installé à Calais, rue du Havre, 11, près la place d'Armes, et qu'il est ouvert tous les jours, de neuf heures du matin à cinq heures du soir.

Il guérit toute espèce de hernies ou efforts, au moyen d'un procédé spécial électro-galvanique, fruit de longues études et d'une grande pratique de ces infirmités, ce qui évite à l'homme l'embarras de porter toute sa vie un bandage.

Et afin que tout le monde puisse profiter de ce procédé électro-galvanique véritablement infaillible, le professeur ne reçoit d'honoraires qu'après la guérison complète. *Mme de Casagrande* se charge de l'application des bandages et des appareils orthopédiques aux dames. En outre, elle a la spécialité de nettoyer, plomber et aurifier les dents aux dames.

Il possède un grand assortiment d'appareils électriques pour toutes les maladies nerveuses.

N° 2.

Association dentaire américaine (succursale de Calais), 51, boulevard Jacquard et non pas 74.

L'association dentaire américaine, prie le public de bien vérifier l'adresse. Il n'y a pas à Calais d'autres dentistes américains que ceux de l'Association dentaire américaine située 51, boulevard Jacquard.

Le public est également prié de se méfier de toutes les imitations et contrefaçons dues à l'immense succès de l'Association dentaire Américaine.

Association dentaire américaine, 51, boulevard Jacquard, 51 (au 1er).

Pour une seule dent, à partir de.........	3 francs
Dentier complet..............................	30 »
Plombage	3 »
Extraction..................................	1 »

Consultations gratuites. — Ouvert tous les dimanches. — Extraction à toute heure.

N° 3.

Société dentaire anglo-américaine, 74, boulevard Jacquard, 74 (au 1er).

M. Grudzinski, dentist operator et mechanic (diplômé), a l'honneur de porter à la connaissance du public, que, bien qu'ayant cru devoir reprendre sa liberté vis à vis de l'Association dentaire Américaine, pour le compte de laquelle il a opéré à Calais pendant les années 1890 et 1891, il continue néanmoins à s'occuper de toutes les opérations qu'on voudra bien lui confier et que, sur les instances de ses nombreux clients, il vient d'ouvrir sous les auspices de la société dentaire Anglo-Américaine, 74, boulevard Jacquard, 74 (au 1er), un cabinet de consultation, dans lequel toutes les opérations, quelles qu'elles soient, sont faites par lui, sans douleur et à des prix défiant toute concurrence.

Aperçu de ces prix :

Pose de dents à partir de......	2 fr. 50	au lieu de......	5 fr.
Dentiers complets à partir de..	25 »	—	50 »
Dentier complet à ajustement atmosphérique à partir de..	50 »	—	75 »

Consultations tous les jours de 9 heures du matin à 8 heures du soir, et, le dimanche, de 10 heures du matin à 4 heures du soir, 74, boulevard Jacquard, au premier étage.

Nota. — Les consultations de M. Grudzinski sont entièrement gratuites.

Cet opérateur se rend à domicile sur la demande de ses clients.

De nombreux témoignages du succès de la méthode appliquée par M. Grudzinski sont mis à la disposition des visiteurs.

Afin de mettre l'art dentaire à la portée de toutes les bourses, M. Grudzinski vient de baisser notablement ses prix. (*Voir le tarif.*)

VOL. 1. AOUT 1892 N° 2

REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

A NOS CONFRÈRES

Il faut croire que le milieu professionnel est profondément changé, pour que le premier numéro de ce journal ait eu un succès aussi inattendu.

Ceux d'entre nous qui connaissent par expérience combien une œuvre de ce genre est généralement longue à se faire une place, sont agréablement surpris en constatant le nombre des adhésions recueillies.

Ce nouvel organe, voué aux intérêts généraux de la profession, et voulant surtout la servir par la diffusion des nouvelles méthodes, par la connaissance rapide de tout ce qui peut intéresser le monde professionnel, répondait, nous en avons la preuve, à un besoin actuel. Nous ferons tous nos efforts pour y satisfaire et répondre aux espérances et aux sympathies qui nous accueillent.

La *Revue internationale d'Odontologie* n'a rien commun avec l'*Odontologie*.

LA RÉDACTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

DES COMPLICATIONS INFECTIEUSES BUCCALES ET DENTAIRES DE LA GRIPPE PENDANT LES EPIDEMIES DE 1889-90 ET 91-92

Par M. le Dr HUGENSCHMIDT.

On a observé pendant l'épidémie de grippe de 1889-90, non-seulement les formes classiques de cette maladie infectieuse, formes pulmonaire, gastro-intestinale ou nerveuse, mais aussi des localisations spéciales de l'infection.

Huchard[1] a appelé l'attention sur une forme cardiaque : la grippe cardiaque. Galezowski[2], Landolt[3] ont décrit des troubles oculaires variés : des conjonctivites, de l'œdème des paupières, des photophobie, des kératites, des abcès des paupières, etc.

Loervenberg[4] et Politzer ont rencontré des lésions auriculaires qu'ils n'ont pas hésité, et pour cause, à rattacher à la grippe.

Comby[5] sur 218 malades enfants, a observé 14 complications oculaires et 13 localisations auriculaires.

Du reste, pendant les épidémies antérieures, on avait déjà noté des troubles spéciaux. Ainsi, pendant l'épidémie de grippe de 1789[6] aux Etats-Unis, on avait remarqué du côté des yeux, de l'œdème des paupières, des démangeaisons des paupières, des ophtalmies. Les oreilles étaient souvent prises, avec complication mastoïdienne. Le nez était le siège d'un écoulement très irritant qui produisait des plaies granuleuses autour du nez et de la bouche. Le sens du goût disparut chez plusieurs malades. Les fluxions dentaires et névralgies de même origine étaient communes.

Pendant l'épidémie de grippe de 1739 en Angleterre, John Huxham[7], de Plymouth, observa fréquemment des ulcérations et gonflement des amygdales.

James Wilson[8] de Philadelphie mentionne les troubles suivants :

L'herpès labial, les pharyngites avec chatouillement et difficultés de la déglutition, des inflammations de la parotide et salivation, des inflammations aphtueuses de la bouche.

Gubler[9] en France, dit : Il n'est pas rare de voir, chez des sujets grippés, atteints de pneumonie ou tout au moins de fièvre de refroidissement, de petites ulcérations aphtheuses disséminées sur le pourtour de la langue et à la face interne des joues, tandis que des groupes plus nombreux et accompagnés d'un travail inflammatoire plus intense existent sur les lèvres ainsi que sur les bords ou le limbe du voile palatin.

La cavité buccale et le système dentaire n'ont pas été épargnés par l'épidémie de 1889-90. et celle de 91-92.

Dès l'apparition de cette maladie, en décembre 1889, M. Bucquoy[10] indiquait à l'Académie que, parmi les symptômes observés sur plusieurs enfants, il avait rencontré une rougeur des bords du voile du palais qui, le lendemain, avait envahi la totalité de ce voile.

1. Huchard. *Soc. médicale des Hôpitaux*, 25 janv. 90.
2. Art. Grippe, *Traité de médecine de Charcot et Bouchard*, t. I., 1891. Paris, p. 825.
3. Landolt, *Semaine médicale*, 1890, p. 17.
4. Loervenberg, *Bulletin médical*, 8 janv. 90
5. Comby, *Soc. médicale des hôpitaux*. 7 févr. 90
6. *Medical News*, Philadelphie, p. 138-1892.
7. Huxham, *Observations on théair and epidemical diseases, translated from thé Latiniques*, London (1758)
8. Wilson, *Pepper's System of Medicine*, t. I., p. 866. Philadelphie, 1885.
9. Gubler *Art. Bouche. Dre. encyclopédique des Sc. Médicales de Dechambre*, t. X, p. 257.
10. (Académie de Médecine. Paris, 17 déc. 1890.)

Comby[1] a observé chez les enfants des pharyngites érythémateuses, de l'herpès labial.

Villard[2] de Marseille a vu des inflammations du voile du palais, des amygdales, du pharynx, avec ou sans enduit pultacé.

Widal[3] a rencontré une éruption confluente buccale d'ulcérations aphtheuses d'origine grippale.

Leyden indiquait à la Société de Médecine interne de Berlin, comme manifestations spéciales de la grippe, des angines, pharyngites et stomatites.

Ewald à la même Société, présenta l'historique d'un médecin auquel il avait donné des soins et qui eut comme complication grippale, une névralgie du trijumeau avec empyème du sinus maxillaire et qui finalement mourut de méningite purulente de la base.

Les névralgies du trijumeau pendant la durée de l'épidémie ont été très fréquentes, Gaucher de Paris, Nothnagel de Vienne et autres en ont mentionné des cas.

Paul Dubois[4] et Lecaudey ont observé un certain nombre de gingivites simples et ulcérées chez des grippés.

R. G. Richter, aux Etats-Unis, a vu des gingivites aiguës simples, des névralgies du trijumeau et souvent des abcès alvéolaires pendant la convalescence de l'influenza.

Nous avons nous-même rencontré, pendant toute la durée des deux dernières épidémies, des lésions buccales et dentaires diverses, qui ne se présentent pas à nous dans notre spécialité en temps ordinaire.

Dans un certain nombre de cas, ces complications dentaires et buccales ou les deux combinées, constituent, avec les symptômes généraux de l'infection, les seules localisations apparentes de la grippe.

Chez d'autres personnes, elles surviennent comme complications pendant le cours d'une grippe pulmonaire, gastro-intestinale ou nerveuse.

Enfin on les rencontre aussi pendant la convalescence de cette maladie.

Ces manifestations sont de différentes sortes :

1° Nous avons observé une stomatite ulcéreuse, ulcérations envahissant toute la cavité buccale et présentant des caractères particuliers qui n'appartiennent à aucune autre lésion de la bouche.

Les seules affections qui, à première vue, pourraient être confondues avec elle sont : 1° le premier et deuxième jours une apparence et localisation spéciales qui rappellent les symptômes du début de la diphtérie; 2° le troisième et quatrième jours, on croirait plutôt à l'une de ces manifestations secondaires particulières de la syphilis où les ulcérations un peu étendues, se recouvrent d'un exsudat diph-

1. *Soc. Médicale des hôpitaux*, 7 févr. 90.
2. *Leçons cliniques sur la grippe*. Paris. G. Masson 1890,
3. Widal, Art. Grippe. *Traité de Médecine de Charcot et Bouchard*. t. I, p. 823.
4. *Odontologie*, février 1890, p. 54 et 70.

téroïde, de ces formes décrites par Albert Robin et Mauriac.

Cette stomatite d'origine infectieuse, rappelle non pas par ses manifestations générales mais plutôt par l'état local, ces ulcérations de la gorge, ces angines ulcéreuses observées par Duguet [1], Desnos, Landouzy, Rendu, etc., au début de la fièvre typhoïde, avant l'apparition de tout autre symptôme, lésions ulcéreuses qui pourraient bien indiquer la porte d'entrée du bacille typhoïdique dans ces cas particuliers ; la présence du bacille d'Eberth ayant été, en effet, démontrée par Chantemesse [2] dans certaines de ces manifestations ulcéreuses du début de la dothienenthérie.

N'en serait-il pas ainsi pour les ulcérations buccales de la grippe et le bacille de Babés, Cornil, Pfeiffer, ne trouverait-il pas dans certaines érosions si communes de la muqueuse de la cavité buccale, la porte d'entrée, le point d'inoculation pour de là infecter l'organisme ?

Que l'infection grippale puisse avoir lieu dans le tube digestif, cela semble démontré par les faits d'Olivier et autres, rappelés par Widal. Il est vrai que ces faits se rapportent aux animaux mais ils n'en sont pas moins probants. Une dame grippée rejette sur son assiette des morceaux de viande qu'elle avait sucés, son chat en avale quelques morceaux et meurt de la grippe peu de jours après. Un autre chat atteint de grippe, avec écoulement nasal, a contagionné d'autres chats qui partageaient son repas.

Voici l'historique des deux cas de stomatite ulcéreuse que j'ai observé :

Le 10 décembre 1889, un jeune homme de 27 ans rentre chez lui le vendredi soir en parfaite santé ; il existe une bronchite grippale chez un membre de sa famille. Il s'endort bien portant et est réveillé à 3 h. du matin par une violente céphalalgie, douleur dans les extrémités, et particulièrement dans la région lombaire, avec une très forte fièvre. Il prend alors deux grammes d'antipyrine et une heure après deux verres d'Hunyadi.

Le samedi matin, se sentant beaucoup mieux, il va à son travail; il a remarqué cependant en faisant sa toilette qu'il ne pouvait se brosser les dents, celles-ci et les gencives étant très douloureuses.

Il ne déjeune pas et, à deux heures, le mal de tête le reprend, ainsi que la douleur lombaire qui devient très forte et l'oblige à rentrer chez lui.

Sa température à 6 heures était de 40° 1, il accuse en outre du mal lombaire et de la céphalalgie, un mal de gorge. Les gencives sont très rouges, les dents très sensibles à la pression, surtout les dents antéro-inférieures; les amygdales, la luette, le voile du palais sont d'un rouge vif ; il y a engorgement ganglionnaire.

Le jour suivant, le dimanche matin, le malade a passé une nuit très agitée, l'engorgement ganglionnaire est considérable et douloureux à la pression. L'examen buccal montre les gencives très rou-

1. *Société médicale des Hôpitaux*, 27 avril 1833.
2. Chantemesse, *Art. F, typhoïde*, Tr. de Médecine de Charcot et Bouchard, Paris 1891, t. I, p. 758.

ges, sur l'amygdale droite il y a une ulcération ayant environ 3mm. de diamètre sur 1 mm. 1/2 de largeur, recouverte d'une fausse membrane d'un jaune citrin, qui lorsqu'elle est enlevée laisse une surface cruantée, saignante ; de plus, à la face interne droite du palais, immédiatement au-dessus du collet des 1re et 2e petites molaires il existe une ulcération très irrégulière ayant à peu près 3mm. de diamètre ; les autres régions sont très rouges ; la température est à 38°7 ; le mal de tête et le mal lombaire persistent.

Le dimanche soir, temp. 39°8 ; trois ulcérations tout à fait irrégulières existent sur l'amygdale droite et deux sur l'amygdale gauche ; il en existe une à la base de la luette, l'ulcération première de l'amygdale n'a pas changé, tandis que celle du palais a considérablement augmenté, a doublé ; on trouve sept ulcérations sur le voile du palais et le palais, et une autre au collet de la canine inférieure gauche.

Lundi matin, temp. 38°4 ; les ulcérations ont envahi la bouche, les gencives en sont couvertes, les amygdales, le palais, la partie interne des joues sont prises ; l'ulcération du palais a atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes, et a continué à s'étendre pendant deux jours encore, car ce n'est que le mercredi qu'elle a atteint son point maximum, les dimensions d'une pièce de 1 fr., et cela, malgré les cautérisations avec le mélange phéniqué de Gaucher. Pas une seule ulcération ne présente une forme régulière, géométrique.

Lundi soir, temp. 39°9; le malade va mieux comme douleur lombaire, il se plaint maintenant de la langue qui est douloureuse, très rouge et augmentée de volume ; l'engorgement ganglionnaire est très développé, les ulcérations sont innombrables, la partie interne des lèvres supérieure et inférieure est prise, tandis que les dents sont des plus sensibles, par suite de périostite alvéolaire.

Mardi matin, temp. 38°7 ; la langue présente çà et là un certain nombre d'ulcérations circulaires ayant le type aphteux, mais pas une irrégulière ; aucun changement des autres ulcérations ; celles qui se sont fusionnées, et particulièrement celles du voile du palais recouvertes sont recouvertes d'une fausse membrane.

Le mardi soir, temp. 39°2 ; nous comptons sur la langue trente-huit ulcérations aphteuses, et nous remarquons que, sur les rares espaces de muqueuse buccale restée saine, on rencontre quelques ulcérations franchement circulaires.

Le mercredi matin, temp. 38°1 ; les ulcérations n'ont pas envahi de nouvelles régions et semblent stationnaires, le malade va beaucoup mieux ; le soir la température était à 38°2. A partir de ce moment le malade est entré en convalescence, mais ce n'est que plus d'un mois après le début de la maladie que la bouche avait repris son aspect normal, laissant pendant plusieurs mois une dépression générale du patient ; quant à l'état local, l'ulcération palatine seule, a laissé des traces d'emplacement pendant plusieurs mois.

Le second cas a été rencontré le 21 janvier 1890, chez une jeune

femme de 30 ans qui pendant plusieurs jours avait éprouvé un malaise général, lassitude dans les membres, mal de tête sourd, mouvement fébrile vers le soir ; deux personnes de la même famille étaient en traitement pour une grippe pulmonaire.

Six jours après le début de ce malaise, elle est prise tout à coup, un mardi soir, d'un violent mal de tête, fièvre très élevée à 39°6, douleurs lombaires tellement intenses qu'elle ne pouvait se tenir debout.

Le lendemain, mercredi, la malade se plaint de la gorge et d'une sensibilité spéciale des gencives et des dents des deux mâchoires, mais surtout des dents inférieures; la gorge présente une rougeur diffuse de la luette et des deux amygdales.

Le soir, on trouve sur les deux amygdales et à la base de la luette, quatre ulcérations d'une forme irrégulière, étoilée; les gencives sont boursouflées, d'une teinte violacée, les dents très sensibles à la pression, les ganglions sous-maxillaires sont très développés et forment, comme dans le premier cas, une masse énorme absolument similaire à ce que l'on observe chez les diphtéritiques.

Le jeudi matin, la malade se plaint beaucoup de l'engorgement ganglionnaire, qui est très douloureux, ainsi que du mal lombaire ; le mal de tête est devenu sourd, d'aigu qu'il était les jours précédents. Les piliers pharyngiens, les amygdales, le voile du palais, la luette sont recouverts d'ulcérations irrégulières, les gencives commencent à s'ulcérer au feston gingival. Quelques-unes des ulcérations des amygdales et du voile du palais qui se sont fusionnées sont recouvertes de fausses membranes ; l'haleine est devenue fétide.

Le vendredi matin, les lèvres présentent des ulcérations irrégulières, la langue est gonflée et douloureuse, l'haleine très fétide. Le soir, sur la langue nous trouvons onze aphtes ou ulcérations du type aphteux, ainsi que quelques-unes dans la cavité buccale, le lendemain aux lèvres et à la gencive inférieure.

Le lendemain, la fièvre avait disparu et les lésions ont cessé de s'étendre, l'agent infectieux étant probablement épuisé ; les ulcérations gingivales et pharyngiennes, l'engorgement ganglionnaire diminuèrent graduellement de volume mais ce n'est que le 22e jour que la dernière ulcération a disparu.

Dans ces deux cas, il n'existait pas de tartre dentaire, ces deux patients se soignant la bouche trois fois par jour après chaque repas, les dents de sagesse avaient évolué depuis plusieurs années.

On remarquera que, dès que les aphtes ont paru ou que dès que les nouvelles ulcérations ont pris le caractère aphteux, le malade est entré en convalescence.

Pendant l'épidémie de 1890, outre les deux complications aphteuses, mentionnées ci-dessus j'ai rassemblé dans ma clientèle, sept cas de stomatites aphteuses plus ou moins légères. Trois cas se présentèrent dans la même famille ; la mère, atteinte de grippe à forme pulmonaire, eut une légère stomatite aphteuse, sur trois

de ses enfants, deux jeunes filles de 7 et 9 ans furent prises, quelques jours après, de symptômes légers et d'une éruption buccale aphteuse.

Chez d'autres malades, les ulcérations ont débuté aux gencives. Le lendemain d'une attaque de grippe, le malade se plaint d'une sensibilité dentaire et gingivale intense, il est incapable de se brosser les dents,à cause de la douleur produite. Les dents *antéro-inférieures* sont surtout sensibles et c'est là, une particularité à noter, les dents de cette région m'ont toujours paru plus sensibles que les autres. Comparée aux autres parties de la bouche, la région antéro-inférieure étant celle qui est continuellement baignée par la salive, n'y aurait-il pas en suspension dans ce liquide salivaire des produits toxiques, des toxines, et les glandes salivaires ne seraient-elles pas appelées à contribuer à l'élimination de ces produits toxiques développés dans l'organisme par l'infection grippale, élimination qui expliqueraient la localisation de cette irritation particulière observée dans tous les cas où la cavité buccale est prise ? Si l'on parvenait à démontrer que la salive est réellement un milieu d'élimination de toxines, l'origine de ces cas de grippe gastro-intestinale se développant quatre ou cinq jours après que la maladie a débuté dans une autre région du corps, grippe pulmonaire par exemple, serait facilement expliquée. Avec cette sensibilité excessive, le malade ne peut naturellement pas manger, car la moindre pression sur les dents sensibles amène une douleur ; et, de plus, les dents, siège de cette périostite locale, remuent beaucoup.

A l'examen de la bouche, on note un bourrelet violacé, rouge ; les gencives sont gonflées, les dents sont mobiles, si on les percute avec le manche d'un bistouri, elles sont très sensibles ce qui indique que le périoste ou ligament dentaire est pris. De douze à vingt-quatre heures après, il apparaît une ou plusieurs ulcérations, situées le plus souvent au collet de la dent, à la jonction de la dent et de la gencive ; celles-ci se fusionnent bientôt pour envahir toute la hauteur des gencives, puis gagnent la cavité buccale, le palais, les lèvres, les joues et s'arrêtent aux amygdales.

Je dois dire que je n'ai jamais vu plus de huit ulcérations disséminées dans la bouche, lorsque la maladie a débuté aux gencives, tandis que, lorsque le début eut lieu sur les amygdales, le nombre d'ulcérations était considérable. Débutant aux gencives, les lésions sont donc très discrètes ; si le début a lieu sur une amygdale, elles paraissent devenir confluentes et envahissent toute la bouche. Dans le premier cas, les ulcérations paraissent très réfractaires à la marche en arrière, tandis qu'au contraire, pour les lésions débutant aux amygdales, la marche d'arrière en avant paraît leur être favorable.

La forme la plus commune de manifestations buccales est la gingivite simple, sans ulcérations ; les gencives sont gonflées, très rouges, accompagnées de périostite alvéolaire, les dents sont sensibles à la percussion et à la mastication.

Elle apparaît le lendemain de l'attaque de grippe, dure de trois à quatre jours et est souvent accompagnée de névralgies des branches maxillaires de la 5e paire.

Les névralgies du trijumeau sans localisation particulière ont été aussi très fréquentes ; le malade accuse tantôt une dent, tantôt une autre, comme étant l'origine probable de la douleur, et cependant on ne trouve à l'examen aucune lésion pathologique dentaire. La douleur étant très variable, sautant d'une des ramifications du trijumeau à une autre, ne respectant pas la branche ophtalmique, la lésion, *si lésion il y a*, doit appartenir au genre névrite.

S'il y a des dents mortes dans la bouche, c'est-à-dire des dents dont la pulpe est détruite, ces dents agissant comme *locus minoris resistentiæ*, seront un point de concentration du processus infectieux, il y aura périostite alvéolo-dentaire et abcès dentaire. Les abcès dentaires ont été très communs chez les personnes grippées.

Chez une jeune fille qui venait d'avoir une pneumonie grippale, et qui dans sa bouche avait quatre dents mortes, à des régions différentes de la cavité buccale, nous avons vu évoluer en même temps quatre abcès alvéolaires.

Chez les arthritiques, rhumatisants et goutteux, la grippe a laissé derrière elle et pendant longtemps une sensibilité extrême du collet des dents ; chez ceux affectés d'arthrite alvéolaire infectieuse ou ostéo-périostite expulsive, nous avons noté une aggravation de cet état.

Pendant l'épidémie de cet hiver 1891-92, les premiers cas que nous ayons rencontrés ont été des gingivites simples avec périostite alvéolaire généralisée, les dents remuant beaucoup, et très sensibles à la percussion et mastication, les gencives gonflées et très rouges. Le premier cas suspect s'est présenté à nous le 22 novembre 1891 ; depuis, nous en avons rencontré plusieurs autres.

Le 12 décembre, nous avons vu une personne atteinte d'ulcérations gingivales très prononcées, accompagnées de stomatite ; c'est le seul cas ulcéreux que nous ayons rencontré cet hiver.

La névralgie du trijumeau et la gingivite grippale ont été souvent accompagnées de troubles oculaires, conjonctivites surtout, et de troubles auriculaires, otites.

Chez une jeune personne, une névralgie intense du trijumeau, ayant pour localisation de douleur une dent qui avait été malade, dura trois jours, puis disparut tout à coup, pour être remplacée, le soir, par une otite moyenne suppurée qui, le quatrième jour, se terminait par la perforation de la membrane tympanique.

Nous avons observé un certain nombre de périostites alvéolo-dentaires suppurées, évoluant pendant et après l'accès de grippe.

Pendant le mois de décembre 1891, dans notre clientèle régulière, nous avons rencontré cinq personnes, ayant présenté des accidents d'évolution de la dent de sagesse, tandis qu'en temps ordinaire nous ne voyons, en moyenne, qu'une personne tous les trois mois présentant ces mêmes accidents. Deux d'entre elles avaient été grippées, deux autres avaient eu des personnes grip-

pées dans leur entourage; et la cinquième ne se rappelle pas avoir été en contact avec une personne affectée de cette maladie. Ces faits où l'infection, nous en sommes convaincu, joue un grand rôle, viendraient à l'appui de l'opinion de Galippe, que les accidents de la dent de sagesse sont dus non seulement aux obstacles mécaniques qui empêchent l'évolution de cette dent, mais surtout à l'intervention de parasites infectieux.

L'amygdalite simple ou phlegmoneuse plus ou moins prononcée, d'après les renseignements que nous avons pu obtenir, s'est présentée assez souvent; nous n'en avons pas observé, et pour cause, car c'est une des affections buccales qui ne tombe pas dans le domaine du spécialiste et qui est réservée au praticien général.

En résumé, nous avons rencontré dans la cavité buccale pendant les deux épidémies de 1889-90 et 1891-92 :

1° Une stomatite ulcéreuse (forme rare);

2° Une gingivite ulcéreuse (plus commune) ;

3° Une gingivite simple avec périostite alvéolaire généralisée (forme la plus commune);

4° Des périostites alvéolo-dentaires suppurées (très communes);

5° Des névralgies du trijumeau;

6° Des accidents d'évolution de la dent de sagesse.

Comme traitement, nous avons employé, contre la stomatite et la gingivite ulcéreuses, des lotions buccales antiseptiques, eau boriquée, solution d'acide thymique, pour être employées toutes les demi-heures pendant le jour.

Attouchement des ulcérations avec le mélange préconisé par Gaucher, contre les fausses membranes diphtéritiques.

Acide phénique cristallisé..................	5 gr.
Alcool à 90°............................	10
Acide tartrique.........................	1

M. Usage externe.

Le soir, avant de s'endormir, attouchement des gencives et cavité buccales en général avec le mélange suivant :

Salol.	6 gr.
Vaseline liquide.	40

M. Usage externe:

Pendant la convalescence, pour activer la cicatrisation des plaques ulcéreuses, l'eau boriquée est remplacée par une solution de créoline à 1/2 p. 0/0, qui doit être employée en gargarisme, trois fois par jour.

L'alimentation solide étant impossible, vu l'extrême sensibilité des régions envahies, nous avons employé le lait, le punch au lait (1 partie rhum ou cognac ou kirsch et 10 parties lait sucré) à prendre par cuillerées aussi souvent que nécessaire; des extraits de viande, glaces diverses et huîtres.

Comme tonique, le sulfate de quinine à petites doses, pas plus de 10 centigrammes par jour, les préparations de noix de kola.

Contre les gingivites simples, *sans ulcérations*, accompagnées de légère périostite alvéolaire généralisée, nous avons employé avec succès la préparation suivante en badigeonnage sur la gencive, une fois par jour :

Teinture d'iode.	5 gr.	
Teinture d'aconit anglaise. (Fleming). .	1	
Chlorhydrate de cocaïne.	0	15 cent.

M. Usage externe. Ne pas employer s'il y a plaie ou ulcération.

S'il y a des ulcérations buccales, en plus de la périostite alvéolaire, le mélange suivant donnera de bons résultats et l'absorption médicamenteuse ne sera pas à craindre :

Teinture d'iode.	5 gr.
Teinture de belladone.	aa 2
Laudanum de Rousseau.	

M. Usage externe. Appliquer sur la gencive avec un pinceau, application douloureuse pendant quelques secondes.

Contre les névralgies du trijumeau, on pourra appliquer au point le plus douloureux une boulette de ouate grosse comme une amande et imprégnée de la solution suivante :

Menthol	3 gr.
Chloroforme	5

M. Appliquer sur la partie douloureuse avec une boulette de ouate.

Contre les accidents de la dent de sagesse, 1° lavage de la cavité buccale avec une solution de sublimé au 1/1000 ; débridement de la gencive avec bistouri, afin d'exposer toute la surface masticante de la dent ; puis nouveau lavage au sublimé et finalement pansement avec une boulette de ouate chargée d'aristol et placée dans la cavité formée par l'excision gingivale ; le malade doit maintenir sa bouche dans un état aseptique, pendant plusieurs jours, et peut lui-même renouveler plusieurs fois par jour ses pansements aristolés.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES REDRESSEMENTS ET DES RESTAURATIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par M. Martin

Médecin-dentiste de l'Ecole du service de santé militaire à Lyon.

Dans mon dernier travail [1], j'ai relaté tous les cas intéressants de prothèse appliquée aux maxillaires, que j'avais observés depuis quatorze ans dans les hôpitaux de Lyon. Pendant cette

(1) *De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires.* Ouvrage couronné par l'Institut. Paris, Masson, 1889.

pratique déjà longue, j'avais cru avoir rencontré toutes les difficultés auxquelles peuvent donner lieu les restaurations des maxillaires par la prothèse immédiate et médiale, avant et après les déformations inhérentes aux cas où la solution des maxillaires est interrompue ; on trouvera dans cet ouvrage la relation de toutes les prothèses, depuis celles qui consistent à remplacer la totalité d'un maxillaire jusqu'à l'application d'un simple fragment intermédiaire. J'insistais beaucoup alors sur les difficultés que l'on peut observer quand il s'agit de redressement tardif. J'étais cependant loin de me douter de celles que l'on était susceptible de rencontrer, dans certains cas, comme dans l'observation que je vous présente aujourd'hui.

Il s'agit d'un malade de 40 à 45 ans qui, à la suite d'affection inflammatoire de la mâchoire inférieure, eut une nécrose des deux parties latérales de son maxillaire, si bien que la partie antérieure du fer à cheval, supportant les incisives, la canine et la première petite molaire de chaque côté, n'était plus en continuité avec le reste de la mâchoire ; toute la portion comprise entre la première petite molaire et les branches montantes avait été détruite, et même, à un moment donné, MM. les professeurs Verneuil et Panas durent extraire un certain nombre de séquestres.

Après cette intervention, la suppuration avait beaucoup diminué, et en même temps la cicatrisation s'effectuait. Mais comme la continuité entre les fragments n'existait plus, on ne tarda pas à voir survenir les déformations caractéristiques de ce genre de lésions. Une intervention prothétique s'imposait donc, si l'on ne voulait pas avoir plus tard des déviations irrémédiables ; elle devenait même absolument urgente.

Deux praticiens distingués dans l'art dentaire furent consultés ; mais en présence des difficultés d'une semblable intervention, ils se récusèrent, prétendant qu'il fallait attendre la fin de la cicatrisation. Cependant, à ce moment, les déformations étaient déjà considérables, le fragment antérieur ayant, sous l'influence de la cicatrisation commençante, basculé en avant et en bas, en même temps qu'il était dans sa totalité attiré en arrière par les muscles abaisseurs qui, ne subissant plus l'influence des condyles, n'agissaient que comme rétracteurs. L'arcade dentaire se trouvait déjà en retrait de 0,025 sur la supérieure et dans une position sinon horizontale, du moins formant un angle de 40 à 45°, si bien que les extrémités postérieures du fragment allaient rencontrer les dents de la mâchoire supérieure (fig. 1 A).

Cette figure montre la position du fragment déplacé, où l'on

peut facilement par la pensée se rendre compte de la déformation que pouvait avoir subi le menton qui était très effacé.

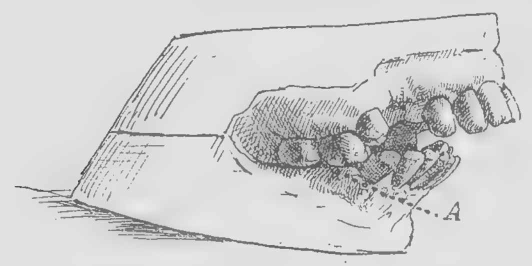


Fig. 1.

Outre ces déformations, ce malade présentait une série de fistules sous-mentonnières. L'état général était mauvais, altéré par l'écoulement incessant de la salive à l'extérieur et par la déglutition inévitable de parcelles putrides.

C'est dans cet état que le malade fut adressé à M. le professeur Ollier par ses collègues parisiens ; celui-ci, témoin de mes travaux antérieurs, me chargea d'entreprendre cette restauration.

Après avoir étudié cette déformation, je crus à la possibilité d'un redressement avec des appareils sur lesquels je reviendrai ; mais pour cela, il fallait intervenir immédiatement, la cicatrisation n'étant déjà que trop avancée, puisque quatre semaines s'étaient écoulées depuis l'intervention chirurgicale.

J'exposai à M. le professeur Ollier le plan que je me proposais de suivre, et, après avoir prévenu le malade qu'il faudrait une série d'appareils placés successivement, et obtenu de lui la pro-

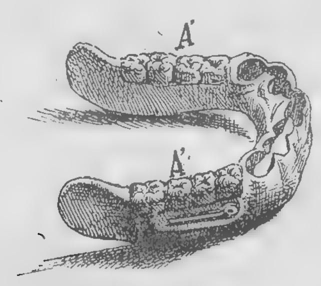


Fig. 2.

messe qu'il se soumettrait à toutes les exigences que pourrait nécessiter une telle intervention, je me mis à l'œuvre et je com-

mençai par prendre l'empreinte de la mâchoire supérieure et des fragments du maxillaire inférieur.

Ceci fait, il s'agissait de construire un appareil qui pût s'adapter exactement sur le fragment déplacé et par l'intermédiaire duquel on pourrait tenter un redressement.

Cet appareil ne fut autre que celui que représente la fig. 2.

Par sa partie antérieure, il emboîte en les fixant les dents du fragment antérieur, tandis que ses branches postérieures tiennent lieu de la partie du maxillaire qui a été éliminée, tout en refoulant en arrière les branches montantes. Ces dernières sont maintenues en dehors par les deux ailettes qui terminent les branches de l'appareil. Celui-ci était relié à une pièce supérieure (fig. 3), sur laquelle il venait prendre un point d'appui,



Fig. 3.

pour permettre le refoulement progressif en avant du fragment déplacé, et cela par l'intermédiaire de deux ressorts. Ceux-ci sont disposés de telle sorte qu'ils exercent une pression continue de haut en bas et d'arrière en avant [1].

Cette pression qui s'exerce uniquement sur la partie postérieure de l'appareil fait basculer le fragment antérieur en sens inverse des muscles abaisseurs, et par ce mouvement projette en avant et en haut la partie inférieure de ce fragment.

Ceci se comprend d'autant mieux que les dents du fragment sont intimement fixées à l'appareil, et que, par suite, tout mouvement imprimé à celui-ci se transmet par l'intermédiaire des dents au fragment qui les supporte.

Le mouvement d'abaissement de la partie postérieure de l'appareil est encore accentué par la pression qu'exercent sur lui les dents de la mâchoire supérieure avec lesquelles il est constamment en contact.

1. Dans le travail cité plus haut, j'ai exposé les différents mouvements que l'on peut obt nir par la combinaison des divers moyens de fixation de ressorts.

Je plaçai donc cet appareil, et, après quelques retouches nécessitées pour son ajustement, le malade partit pour le Midi.

Peu de temps après, il m'écrivit que l'écoulement de la salive à l'extérieur avait presque entièrement disparu et que le menton commençait à reprendre sa forme habituelle.

Il avait été convenu que le malade devrait revenir un mois après pour faire modifier son appareil qui, par suite des progrès du redressement, devait forcément devenir douloureux et insuffisant.

La rigueur de l'hiver l'obligea à rester dans le Midi plus longtemps qu'il n'en avait l'intention. Mais pour ne pas perdre le résultat déjà obtenu, et pour empêcher une cicatrisation définitive dans une position encore vicieuse, il était absolument nécessaire de modifier l'appareil dans le sens de la hauteur, afin de ne pas interrompre le mouvement de bascule du fragment. Il fallait donc confectionner une pièce que le malade pût lui-même ajouter à celle qu'il portait déjà. Comme j'avais fait mouler tous les appareils en prévision d'accidents qui auraient pu survenir, je pus établir la pièce représentée (fig. 4).

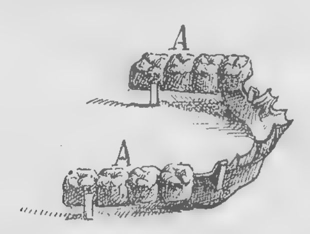


Fig. 4.

On comprend facilement, en jetant les yeux sur cette figure, que cet appareil, superposé au précédent et maintenu par deux griffes antérieures et deux latérales, élevait de toute sa hauteur la partie postérieure de la pièce. Cette disposition permettait soit aux ressorts, soit aux dents de la mâchoire supérieure, de continuer en l'accentuant ce mouvement d'abaissement et de projection en avant qui avait été commencé par l'appareil primitif.

Cette pièce supplémentaire occasionnait une certaine gêne à laquelle le malade ne voulait pas se soumettre, satisfait qu'il était par l'amélioration déjà produite et qui lui permettait de s'alimenter plus facilement. Il préféra attendre son passage à Lyon pour faire modifier son appareil.

M. le professeur Panas le vit à ce moment et le trouva dans un état très satisfaisant. Je ne revis le malade que trois mois

après, et à ce moment son état général s'était complètement modifié. Il ne restait plus qu'une fistule sous-maxillaire du côté droit, la cicatrisation était à peu près complète et son menton avait repris une forme sinon normale, du moins nullement disgracieuse ; enfin les dents du fragment inférieur n'étaient presque plus en retrait sur celles de la mâchoire supérieure.

Bref, la guérison était en très bonne voie et aurait certainement été plus avancée si le malade n'avait pas été obligé d'interrompre parfois le port de son appareil, à cause de quelques douleurs qui, dans ces circonstances, sont, on le sait, à peu près inévitables.

La cicatrisation, en effet, en modifiant la forme primitive du plancher buccal, change aussi les points d'appui de l'appareil et par là détermine un peu de douleur, si l'on ne vient pas immédiatement apporter quelques modifications à la pièce prothétique.

Je pris alors de nouvelles empreintes et construisis un appareil sensiblement le même que le premier, les branches postérieures cependant présentaient un peu plus de hauteur et de profondeur.

Toutefois, voyant le malade disposé à se contenter d'un résultat incomplet et, d'autre part, peu porté à se déranger aussi souvent que le nécessitaient les modifications successives à apporter aux appareils, je me mis en mesure de lui construire une pièce qu'il pourrait lui-même et sans trop de dérangement modifier dans le sens de la hauteur et de la profondeur, les seuls points du reste qui demandaient quelques changements.

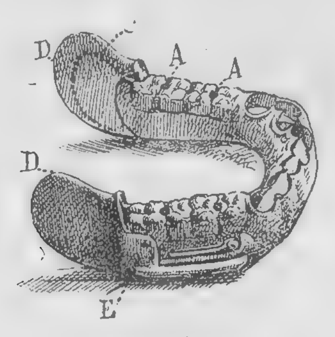


Fig. 5.

A cet effet, je fis (fig. 5, A A) deux trous de 5 millimètres de profondeur sur la surface triturante de chacune des branches postérieures de l'appareil. A ce niveau et par l'intermédiaire de

ces trous, on pouvait adapter de petites pièces en caoutchouc durci, munies de deux petits tenons en platine (fig. 6, B). Les deux tenons B pénétrant dans les deux trous précités (A fig. 5), fixaient la pièce secondaire à l'appareil primitif qui se trouvait surélevé d'autant.

Comme, d'autre part, la propulsion en avant du fragment déplacé laissait derrière lui un vide qui augmentait à mesure que le redressement se produisait, il était urgent de donner plus de profondeur aux ailettes (fig. 5 C) qui retenaient en dehors les branches montantes du maxillaire, sans cesse attirées en dedans par la cicatrisation et par les muscles ptérygoïdiens.

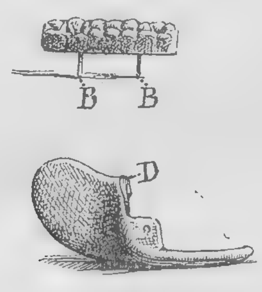


Fig. 6.

Pour cela, je fis (fig. 6 D) des ailettes mobiles, creuses, qui pouvaient s'adapter aux premières en les emboîtant, et qui étaient fixées solidement dans cette position par l'intermédiaire d'une vis.

Cet excès de précautions que j'avais prises et qui avaient nécessité de ma part de nombreuses combinaisons, m'avait demandé beaucoup de temps et de patience : je n'eus pas la satisfaction d'en voir faire l'application d'une façon continue et sérieuse, et cependant les derniers résultats auraient dû encourager le malade, car, peu de jours après la pose de la pièce que je venais de construire, les dents du fragment déplacé étaient revenues en contact normal avec les dents correspondantes de la mâchoire supérieure, une légère surélévation des branches postérieures de l'appareil avait suffi pour amener ce résultat (fig. 7).

On voit sur cette figure que la partie postérieure du fragment A, au contact duquel se trouvaient les dents de la mâchoire supérieure, en est maintenant séparée par toute la hauteur de l'appareil, et par suite le maxillaire inférieur a repris sa direction horizontale dans toute l'étendue du fer à cheval.

La difformité de la face avait donc à peu près disparu et le malade s'alimentait plus facilement. J'étais heureux d'avoir un succès semblable pour un cas qui paraissait au-dessus des res-

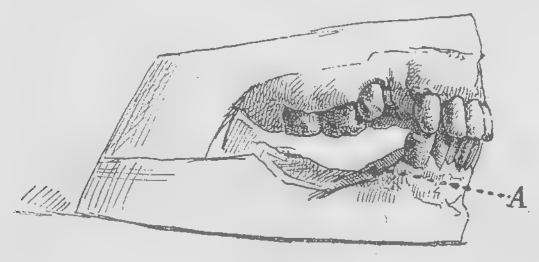


Fig. 7

sources de l'art. Ce résultat aurait pu être plus complet, car avec quelques appareils supplémentaires nécessités par les éliminations successives de quelques esquilles, on aurait évité au malade beaucoup de douleurs, et par cela même obtenu une mastication plus parfaite, car en résumé la douleur seule était la cause pour laquelle il ne pouvait triturer des aliments plus résistants.

Vingt fois j'ai prévenu le malade des inconvénients qui pouvaient résulter de sa négligence, et toujours sans succès. Aussi, un an après, je ne fus pas étonné de voir que, malgré le port de son dernier appareil, la mastication n'avait pas subi d'améliorations bien sensibles, gênée qu'elle était par les douleurs que lui occasionnait un appareil qui n'était plus en rapport avec la cavité buccale, qu'avait modifiée la cicatrisation.

Cependant, les déformations du menton ne s'étaient pas reproduites, et d'après ce que j'ai pu observer, je me crois en droit d'affirmer que, grâce à la direction imprimée aux fragments par les appareils précédents, il faudrait bien peu de chose encore aujourd'hui pour rétablir presque dans leur intégrité les fonctions dévolues à la mâchoire inférieure.

OBSERVATION DE NÉCROSE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Recueillie par Madame Billauray,
Élève de 3e année, Service de M. Ronnet.

Madame Ve P... âgée de 29 ans, marchande au panier, née à Paris, se présente à la Clinique le 25 février 1892. On

observe un œdème considérable de la face s'étendant sur toute la région droite jusque et y compris l'orbite ; chaque fois qu'elle ouvre la bouche, un jet de pus est projeté au dehors par une fistule gingivale placée au-dessus de la 1[e] prémolaire supérieure droite, une odeur fétide épouvantable s'en dégage. Les différentes dents, quoique chancelantes, ne sont pas atteintes par la carie. Il reste seulement, à la suite d'une extraction incomplète, faite il y a treize ans, une racine de la 1[e] grosse molaire supérieure.

M. Martinier, chef de clinique, jugeant que ladite racine pouvait être la cause de tous ces désordres, en fit faire l'extraction immédiate sans pousser plus loin ses investigations. Le lendemain, cette malade fut présentée par nous au professeur de service M. Ronnet qui, après inspection, diagnostiqua, une nécrose étendue du maxillaire supérieur s'étendant de la canine usqu'à la tubérosité.

Son avis fut qu'il fallait de suite sacrifier les deux prémolaires, afin de laisser une large ouverture pour l'écoulement du pus et facilitant, le cas échéant, le curettage de l'os.

M. Ronnet fit les extractions et aussitôt une quantité de pus de mauvaise nature est expulsée; il est de couleur grise et granuleux, une odeur gangréneuse accompagne cette expulsion et oblige la plupart des assistants à s'éloigner.

A la suite d'injection au chlorure de zinc (1/150) on pénètre d'emblée dans le sinus maxillaire dont la paroi alvéolaire est nécrosée; différents séquestres sont extraits immédiatement.

Les deux petites molaires conservées présentent à considérer une adhérence externe à une parcelle alvéolaire et une résorption radiculaire considérable.

M. Ronnet ordonne des injections fréquentes au chlorure de zinc à 1 0/0 à faire par la personne elle-même, dans le courant de la journée et pour celles qui suivent.

Nous la revoyons pendant 15 jours, lavage et injection au chlorure de zinc à 150.

Les huit premiers jours de traitement amenèrent une amélioration sensible, un nouveau séquestre fut expulsé, le pus avait complètement disparu.

Le 22 mars, deux nouveaux petits séquestres sont éliminés.

Après le quinzième jour, la dose fut diminuée à 1/200 et enfin, huit jours après, nous terminons par des injections boriquées faibles 4 0/0.

Enfin, le 30 mars, c'est-à-dire 34 jours après le début du traitement, nous présentâmes la malade à M. Ronnet qui constata qu'il n'y avait plus aucun écoulement pathologique, la ferme-

ture buccale de sinus ne peut être espérée par la cicatrisation et on conseille le port d'un appareil prothétique obturant la cavité.

La malade, interrogée sur ses antécédents, donne ces renseignements :

La première dentition s'est effectuée normalement; elle ne se rappelle pas avoir eu aucune maladie pendant son enfance, elle n'a jamais eu d'enfant, mais il y a cinq ans (son mari existait encore à cette époque), elle a eu des plaques blanches dans la bouche et principalement sur les lèvres. Un pharmacien consulté lui délivra un médicament que nous supposons être du chlorate de potasse, et les plaques disparurent.

Deux mois avant de se présenter à la clinique, elle éprouva de la céphalalgie et des étourdissements répétés, elle alla consulter un médecin qui lui fit suivre un traitement sans résultat, puis un deuxième qui l'adressa à l'Ecole dentaire. Le soupçon de syphilis est évident.

Les commémoratifs locaux sont aussi vagues, elle ne se souvient pas avoir mouché du pus et aucun signe extérieur avant cette époque n'indiquait, ni l'abcès du sinus, ni la nécrose, qui sont apparus subitement.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 juin 1892.

APPAREIL A PARALLÉLISME POUR PIVOT

M. Prével présente un petit appareil destiné à obtenir le parallélisme des pivots dans le travail à pont. Les deux tiges supportant les pivots sont des porte-mine dans lesquels on peut fixer toutes les grosseurs de pivot. Ces deux tiges sont rapprochées ou éloignées l'une de l'autre à l'aide d'une vis horizontale occupant toute la longueur de l'appareil (*sera inséré au prochain numéro*).

RÉIMPLANTATION A LA SUITE D'UN TRAUMATISME

M. Paulme a eu l'occasion de faire la réimplantation d'une dent qui avait été chassée de son alvéole à la suite d'une chute. Il n'a pu placer la dent que quatre jours après l'accident, par suite de la difficulté de la contention qui n'a pu être obtenue qu'avec une petite plaque d'argent estampée.

Un mois après la réimplantation, la dent commence seulement à contracter un peu d'adhérence et l'appareil de contention est enlevé au quarantième jour, la dent est solide mais avec un peu de rotation

sur l'axe, à cause du déplacement des dents voisines sous l'influence du traumatisme ayant déterminé la chute de la dent.

M. Paulme recommande de ne pas s'effrayer de la longueur du temps que la consolidation met à se produire.

M. Gillard dit qu'il ne faut pas s'illusionner sur le résultat des réimplantations, leur durée est au plus de quatre ou cinq ans.

OBTURATION A L'AIDE D'ÉMAIL NATUREL

M. Legros fait une communication sur ce sujet (voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 26).

NOUVEAU MODE DE FERMETURE DES TUBES DE CHLORURE D'ÉTHYLE

M. Gillard indique un procédé pour fermer les tubes de chlorure d'éthyle dont on a employé une partie, c'est la fermeture à la lampe de la partie effilée, en ayant soin d'envelopper dans un linge humide la partie tenue dans la main et en serrant à la pince la pointe de verre dès qu'elle est malléable. Pendant le refroidissement, donner au tube la position verticale pour que le liquide ne touche pas la partie chauffée.

CARIE DE CAUSE PROFESSIONNELLE

M. Lowental, lit, au nom de *M. Héraud*, l'observation d'une malade qui, employée dans un raffinerie, présente à la mâchoire supérieure des caries multiples du collet des dents antérieures, dues aux poussières de sucre qui s'y sont déposées, grâce à un léger prognathisme de la mâchoire supérieure empêchant la lèvre supérieure de recouvrir ces dents.

DE LA PÉRIODONTITE EXPULSIVE

M. Joseph critique les données pathogéniques émises par M. Dubois dans son travail récent, sur cette affection. Celui-ci définit la périodontite expulsive : « une dégénérescence atrophique de la membrane alvéolo-dentaire, » cette définition est mauvaise, elle se rapporte à la chute sénile des dents, mais pas à la périodontite; l'atrophie simple ne peut expliquer un des principaux phénomènes, la suppuration ; il y a plus qu'une atrophie, il y une mortification.

M. Dubois insiste comme cause sur la minéralisation précoce et excessive des dents. Cela est un fait qui ne prête à aucune considération de principe ; si, dans certains cas de périodontite, la pulpe subit une dégénérescence calcique, il n'en est pas toujours ainsi et l'auteur a souvent rencontré une pulpe dégénérée, mais sans transformation calcique et avec diamètre normal des canaux.

M. Dubois dit que l'affection n'a pu être étudiée à ses débuts par manque de pièces anatomiques. M. Joseph pense que l'extraction d'une dent au début de cette affection est justifiée pour éclaircir un point de pathologie tout autant que l'inoculation du cancer, au sein d'une malade succombant à la diathèse cancéreuse.

M. Magitot indique comme symptôme de début une légère injection par plaques irrégulières au collet de la dent.

Les recherches de M. Malassez prouvent que le feuillet superficiel de la membrane péridentaire présente des altérations plus profondes que l'interne; ce devrait être le contraire, d'après la théorie de M. Dubois, et les lésions devraient débuter à la pointe de la racine tandis que, d'après M. Magitot, c'est le contraire.

Pour M. Dubois la prédominance des éléments calcaires serait la seule cause réellement efficiente, la coexistence de troubles généraux ne s'observe pas dans la majorité des cas. Ce n'est pas l'avis de M. Joseph qui pense que les troubles généraux existent toujours; mais, exceptionnellement, les troubles dentaires peuvent précéder les autres manifestations morbides générales.

Le premier signe de la maladie est, pour M. Dubois, le déplacement d'une ou plusieurs dents et conjointement ou un peu après on perçoit la résorption alvéolaire. L'auteur pense que la résorption précède le déplacement.

« Dans la période d'état, les pointes de feu ont une action bienfaisante....... Ce succès de la révulsion est un argument de plus en faveur de l'atrophie sénile de l'organe. » (Dubois). La révulsion aurait donc pour résultat de combattre la minéralisation excessive de la dent?

Bien au contraire, les pointes de feu activent, par l'irritation qu'elles provoquent, la nutrition régionale.

M. Gillard. Votre communication devrait être intitulée : Etude critique du travail de M. Dubois sur la périodontite expulsive.

EXOSTOSE ÉBURNÉE DU CRANE

M. Francis Jean lit, au nom de *M. Choquet*, de Toulouse, l'observation d'un malade dont le crâne est conservé dans un musée de Toulouse. A cette communication sont jointes quatre grandes photographies de ce crâne.

Chez ce sujet, mort en 1768, on vit se développer à l'âge de 12 ans une petite exostose de l'angle interne de l'œil et à partir de cet âge se développèrent des exostoses diffuses de tous les os de la face qui entraînèrent de l'exophtalmie et la cécité du côté gauche. Ces lésions suivirent une marche progressive en dépit de tous les traitements. Ce malheureux, dont l'aspect était monstrueux, succomba à 46 ans à la tuberculose. A l'autopsie on trouva des exostoses très dures et jaunâtres de toute la surface extérieure du crâne et de la face; la surface interne du crâne était normale, c'est ce qui explique qu'on ne remarqua chez ce malade aucun trouble cérébral.

Le poids de la tête est de 8 livres 3 onces; la mâchoire inférieure à elle seule pèse 3 livres et demie, les condyles et le col ayant toutefois conservé à peu près leur volume normal. Le reste du squelette est grêle et contraste avec cette tête monstrueuse.

M. Roy. Il s'agit probablement là de l'affection que l'on dénomme aujourd'hui hypertrophie diffuse des maxillaires, affection à marche lente, mais progressive; les cas ne sont pas nombreux mais néanmoins suffisants pour que cette maladie fasse l'objet d'une description spéciale en pathologie.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 7 juin 1892

INSTRUMENT POUR INSENSIBILISER LA DENTINE. — NOUVELLE DENT A PIVOT.

M. Amoedo présente un petit appareil, inventé par le Dr Small de New-York, dans lequel la chaleur d'une boule de cuivre détermine pendant près d'une minute un jet de vapeur d'alcool qu'on peut diriger sur la dentine sensible.

M. Amoedo présente également une dent à pivot dont la tige en nikel ou en platine iridié est taraudée et fixée avec de l'amalgame de cuivre.

Divers membres font observer que les pas de vis durent peu dans l'ivoire des racines et que l'amalgame de cuivre produit un liseré noir, visible devant les dents.

APPAREILS ÉLECTRIQUES POUR L'ART DENTAIRE

M. Chardin présente un appareil électrique nouveau. Dans une même boîte portative se trouvent un galvano-cautère, une bobine d'induction et un appareil à courant continu. L'appareil est d'un démontage et d'un réglage faciles. Pour mettre la pile en action, il suffit de presser sur une poire de caoutchouc.

DE LA QUANTITÉ DE SUBSTANCE TOXIQUE CONTENUE DANS LES PANSEMENTS DENTAIRES

M. Burt donne lecture d'un travail de *M. Guillermin*, de Genève, sur la quantité de substance toxique qui peut être contenue dans les pansements dentaires.

Les substances que le dentiste emploie peuvent être absorbées par les malades : 1° par la voie stomacale; 2° par absorption gingivale; 3° par absorption de la pulpe dentaire chez les enfants.

Les pansements peuvent être divisés en 5 catégories d'après leur grosseur : le n° 1 boulette de ouate modérément serrée de 1 mm. de diamètre, le n° 5, diamètre 5 mm.

Avec la pâte arsenicale, acide arsénieux et chlorhydrate de morphine, parties égales, le pansement n° 1 contient 2 milligrammes de chacune de ces substances, le n° 5, 14 milligrammes.

Avec la formule :

Acide arsénique	0 gr. 50	centigr.
Esérine	0 gr. 20	—
Cocaïne	0 gr. 20	—
Chloroforme	1 gr. 50	—

Le pansement n° 1 contient 2 milligrammes d'acide arsénique et 1 milligramme d'ésérine ; le n° 4 contient 12 milligrammes d'acide arsénique et 6 milligrammes d'ésérine.

Avec la solution suivante:

Chlorhydrate de morphine Chlorhydrate de cocaïne	ââ 0 gr. 25 centigr.
Acide phénique cristalisée Alcool	0 gr. 45 centigr.

Le pansement n° 1 contient 4/5 de milligramme de morphine et le n° 5, 14 milligrammes.

Avec cette solution :

Acide thymique	0 gr. 20 centigr.
Bichlorure de mercure	0 gr. 10 centigr.
Alcool	10 gr.

Le pansement n° 5 contient environ 1/2 milligramme de bichlorure de mercure.

Enfin, avec un pansement n° 1 imbibé d'une solution résineuse alcoolique et trempé dans l'acide arsénieux porphyrisé, on prend de 3 à 5 milligrammes d'acide arsénieux; le pansement n° 4 en prend 8 milligrammes.

Il faut faire les pansements actifs avec le plus grand soin et les recouvrir d'un pansement protecteur.

Il ne faut employer que des médicaments dont on connaît exactement la quantité de substance active et se méfier des *nervine*, *pulpine*, etc., dont on ne connaît pas la formule.

On ne doit pas employer de sels de morphine pour les enfants, ceux-ci étant très sensibles à leur action.

Enfin pour ses pansements, M. Guillermin ne dépasse pas la grosseur du pansement n° 3 (3 millimètres de diamètre).

M. Crignier fournit quelques explications sur la participation de la Société à l'exposition de Chicago.

La séance est levée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

Par Ch. Godon,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

LA LOI NOUVELLE. — SES CONSÉQUENCES

Comme nous l'avions fait prévoir dans notre article précédent, la loi sur la médecine a été votée à la Chambre des députés, à la dernière séance de la session (le mercredi 13 juillet 1892), sans soulever de véritables objections.

Sur la proposition de la commission, l'article 11, relatif à l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie a été renvoyé à la loi sur la pharmacie et l'article 15, relatif aux médecins experts près les tribunaux a été supprimé.

Quant aux articles relatifs à l'art dentaire il n'a été fait

aucun changement au texte qui avait été adopté par le Sénat.

Par suite des deux modifications indiquées plus haut, la loi va retourner devant le Sénat, mais la commission sénatoriale les acceptant d'avance la loi sera très probablement votée par la Chambre haute dès la rentrée d'octobre comme nous l'avons déjà dit.

Il devient donc de plus en plus probable qu'elle sera promulguée avant la fin de l'année.

Nous pouvons ainsi reprendre, au point où nous l'avons laissée dans un article précédent l'étude que nous avons commencée.

Quelles seront les conséquences de la loi nouvelle sur la composition du personnel professionnel?

Dans une étude que nous avons faite il y a deux ans sur *la situation légale de l'art dentaire devant la Chambre des députés* [1], nous indiquions ainsi la composition du personnel professionnel.

« Sur 2.000 à 2.500 dentistes exerçant en France, il comprenait environ une cinquantaine de gradués en médecine, docteurs ou officiers de santé, à peu près autant de gradués d'écoles dentaires étrangères ; le reste était composé pour la plus grande partie de praticiens formés exclusivement par l'apprentissage et dont l'habileté et l'instruction technique présentaient d'énormes différences, tenant avant tout aux conditions dans lesquelles ils avaient fait cet apprentissage. »

« Pour être complet, nous citerons une dernière catégorie dans laquelle doivent rentrer tous ceux qui ont préludé à l'exercice de l'art dentaire par celui de professions diverses, que souvent ils cumulent et dont celle de barbier semble être la plus relevée. »

« A ces diverses catégories, il faut en ajouter maintenant une nouvelle, qui tend à prendre de plus en plus d'importance. Ce sont les *diplômés* des deux écoles dentaires françaises, actuellement au nombre de plus de deux cents, soit environ un dixième du corps professionnel. »

Depuis cette époque la composition du personnel professionnel s'est peu modifiée.

La loi nouvelle n'y apportera aucun changement immédiat puisqu'elle n'est exécutoire qu'un an après sa promulgation.

C'est seulement vers le mois d'octobre 1893 (en admettant l'hypothèse de la promulgation en octobre 1892) que la loi

1. Voir *Bulletin médical* et *Odontologie*, 1890.

entrera en vigueur. Le personnel se trouvera alors divisé officiellement en plusieurs catégories :

1° Les gradués en médecine (docteurs ou officiers de santé exerçant l'art dentaire);

2° Les dentistes *autorisés* à exercer en vertu des dispositions transitoires (patentés au 1er janvier 1892) ;

3° Les mécaniciens dentistes, fabricants d'appareils dentaires (dents et dentiers) à titre d'employés ou de patentés.

Je citerai pour mémoire une 4e classe comprenant les personnes qui, tout en exerçant une autre profession, se livreront *accidentellement* à l'extraction des dents.

A ces quatre classes de personnes exerçant tout ou partie de l'art dentaire viendra à cette époque, s'en ajouter une nouvelle, *la principale*, celle pour laquelle la loi a été faite, *les chirurgiens dentistes diplômés de l'Etat.*

Ce sont eux qui doivent former graduellement la partie la plus importante du corps professionnel de l'art dentaire français.

En effet, presque toutes les autres catégories de dentistes sont très probablement destinées à disparaître dans la période transitoire ou à occuper dans le corps professionnel une situation effacée.

Je ne parlerai pas des personnes qui continueront à pratiquer *accidentellement* l'extraction des dents, il est évident qu'elles ne seront pas considérées comme des dentistes et que leur nombre ira en diminuant à mesure qu'augmentera celui des praticiens sérieux et instruits. Ce nombre diminuera d'autant plus que l'extraction des dents sera la seule opération qui leur sera permise.

Le groupe des *dentistes autorisés* comprendra tous ceux qui, Français ou étrangers exerçant en qualité de patentés au 1er janvier 1893, auront le droit de continuer à pratiquer. Ce groupe ira tout naturellement en diminuant chaque année par voie d'extinction des autorisés.

L'existence de ce groupe sera limitée par la durée de l'existence même de ses membres.

Quant au groupe des *mécaniciens dentistes* il persistera comme il a persisté dans tous les pays où la réglementatiou a été faite. C'est un personnel nécessaire à l'exercice de notre profession.

Il continuera à se recruter parmi les enfants des classes laborieuses pour former des apprentis et des ouvriers mécaniciens pour les laboratoires particuliers des dentistes.

Pourtant l'espèce de tolérance légale dans laquelle les méca-

niciens dentistes vont se trouver placés ne leur permettra pas l'établissement aussi facilement que par le passé.

Le mécanicien dentiste pourra continuer à travailler chez le dentiste, ou *s'établir* pour fabriquer des appareils dentaires *à façon*, c'est-à-dire pour le compte de dentistes, comme cela se pratique à Paris et dans quelques grandes villes. Il pourra également fabriquer pour son propre compte, pour une clientèle particulière.

Pourtant il se trouvera gêné dans cette pratique par la loi qui ne lui permettra aucune opération sur le malade.

La situation du futur mécanicien dentiste sera donc assez difficile en face des syndicats de chirurgiens dentistes ayant droit de le faire poursuivre chaque fois qu'il aura empiété, à moins que par l'association il n'arrive à se protéger, à se défendre et par tolérance à étendre un peu son domaine comme cela s'est fait en Allemagne et en Autriche.

Restent les gradués en médecine. Cette classe comprend tous ceux qui, leurs études en médecine terminées, se sont lancés dans la pratique de l'art dentaire en la considérant comme une spécialité médicale semblable à la laryngologie, à l'ophtalmologie, à la gynécologie.

Nous en excluons tous les dentistes ou fils de dentistes qui ne sont devenus médecins qu'après avoir terminé leurs études comme dentistes, *dentistes avant* suivant la très heureuse et très expressive expression de notre ami le Dr Harlan.

La loi nouvelle consacre le droit desdits gradués en médecine de pratiquer l'art dentaire, sans subir d'examen, par conséquent, sans être obligés de l'apprendre.

Ce nouveau privilège ne constituera pas une bien grande recommandation près du public. La campagne menée depuis nombre d'années par le Dr Magitot et ses élèves aboutira à une simple déclaration platonique de la loi. Pour exercer l'art dentaire il faudra l'apprendre, et pour l'apprendre il faudra devenir *chirurgien dentiste*.

Mais alors cela démontrera la superfluité du grade en médecine. Le groupe des gradués en médecine ira-t-il diminuant?

C'est possible, cela n'est pas certain.

Tout dépendra du procédé d'organisation officielle qu'adoptera le conseil d'enseignement supérieur et aussi de l'attitude et de la direction que prendront les nouveaux chirurgiens dentistes.

Les chirurgiens dentistes diplômés de l'Etat formeront la nouvelle classe des praticiens dentistes officiels, tels que les partisans de la réglementation ont pu la rêver.

C'est la consécration officielle des diplômes décernés par les Ecoles dentaires. C'est parmi les diplômés des écoles dentaires que va se recruter tout d'abord le groupe des nouveaux chirurgiens dentistes, lorsque le conseil d'enseignement supérieur aura fait connaître les conditions d'études et d'examen du nouveau diplôme. Tous, ils tiendront à honneur de démontrer en se présentant à l'examen d'Etat que les études qu'ils ont faites étaient sérieuses.

Nous avons dit ailleurs que cette consécration ne nous semblait pas bien nécessaire, alors que l'on voit l'Etat prendre de telle considération les diplômes actuels des écoles dentaires qu'il accorde à ceux qui les possèdent, des postes et des distinctions officielles.

Mais la loi a à peu près tranché le différent. *Dura lex sed lex.* Il faut tirer le meilleur parti de la situation nouvelle qu'elle va créer.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE CHICAGO

(1893)

Nous extrayons du règlement général de la Section française les articles pouvant avoir de l'intérêt pour nos lecteurs :

Art. 1. Une Exposition universelle et internationale sera ouverte, du 1er mai 1893 au 30 octobre suivant, à Chicago (Etat d'Illinois) [Etats-Unis de l'Amérique du Nord].

Art. 3. Les objets destinés à l'Exposition, introduits par l'un des ports officiellement désignés à cet effet, ne seront pas examinés à leur débarquement. Ils pourront, sous la surveillance spéciale de la douane, être transportés directement dans l'enceinte de l'Exposition, et, après la clôture de celle-ci, renvoyés dans les ports d'où ils devront être réexportés.

Seront seuls passibles des droits de douane les objets qui seront consommés ou employés sur le territoire des Etats-Unis.

Art. 4. Aucun objet exposé ne pourra, par le dessin, la photographie ou tout autre procédé, être reproduit sans une autorisation spéciale de l'exposant, visée par le Commissaire général français et avec la permission du Directeur général de l'Exposition.

Toutefois le Directeur général pourra, d'accord avec le Commissaire général français, permettre que des vues d'ensemble soient prises.

Art. 5. La Direction générale de l'Exposition prendra des précautions pour la protection des articles exposés, mais elle ne se considère pas comme responsable des dommages ou pertes par suite d'incendie ou autre accident, qu'elle qu'en soit la cause.

Art. 6. Aucun objet exposé ne pourra être enlevé avant la fermeture de l'Exposition.

Art. 7. Tous les rapports entre les exposants français et la Direction générale de l'Exposition doivent avoir lieu par l'entremise du Commissariat général français.

Art. 8. Un catalogue officiel sera publié en anglais, en français, en allemand et en espagnol. La Direction générale américaine se réserve la composition et la vente de ce catalogue.

Art. 9. Tous les industriels et les agriculteurs français, qui désirent prendre part à l'Exposition universelle de Chicago, sont invités à faire parvenir leur demande d'admission avant le 3 juillet 1892.

Ces demandes, doivent être adressées à M. le Commissaire général du Gouvernement français à l'Exposition universelle de Chicago, 22, avenue La Bourdonnais, porte Rapp, à Paris.

Art. 10. Les articles dangereux, ainsi que les médicaments et préparations empiriques dont la composition est secrète, ne seront pas admis. Le Commissaire général se réserve le droit absolu de faire enlever d'office les objets qui, par leur nature ou leur aspect, lui paraîtraient nuisibles ou incompatibles avec le but ou les convenances de l'Exposition.

Art. 11. Les demandes d'admission devront indiquer, très lisiblement et *in extenso*, les noms, prénoms, raison sociale et adresse de leurs signataires.

Elles devront renfermer toutes les indications requises par la formule de demande d'admission, et être accompagnées, en cas de besoin, d'un croquis explicatif de l'installation projetée.

En raison de l'importance des indications ci-dessus énumérées, tout bulletin de demande incomplètement rempli ou insuffisamment précis sera, pour être complété, retourné à son signataire.

Art. 12. Aucun exposant de produits français n'est admis à exposer en dehors de la Section française.

Les comités d'admission et d'installation, tels qu'ils ont été institués par l'arrêté ministériel du 15 mai 1892, statueront en dernier ressort sur l'admission ou le rejet des demandes, et sur le mode d'installation des objets admis.

Art. 13. Chaque exposant admis recevra, en temps utile, du Commissaire général, un certificat d'admission, avec les pièces nécessaires pour l'expédition des produits et du matériel d'installation, ainsi qu'un bulletin à remplir pour son inscription au catalogue.

Art. 14. Par le fait de la signature de sa demande d'admission, chaque exposant s'engage à se soumettre aux prescriptions du présent règlement.

Art. 15. Les exposants n'auront aucune redevance à payer pour l'occupation de leurs emplacements d'exposition.

Art. 16. Les exposants auront à supporter les frais concernant :

1° Le transport et la manutention des produits, depuis le lieu d'origine jusqu'à l'emplacement de l'Exposition, ainsi que l'emballage et le déballage de ces produits ;

2° Les installations particulières ou collectives (vitrines, meubles, plates-formes, constructions spéciales, décoration, etc.) ;

3° Le gardiennage collectif des salles ;

4° L'emmagasinement et la conservation des caisses vides;

5° Les assurances contre l'incendie, s'il y a lieu.

Art. 17. Les exposants doivent surveiller personnellement, ou par l'intermédiaire de représentants dûment accrédités auprès du Commissaire général, l'installation et, après la clôture de l'Exposition, l'enlèvement de leurs produits.

Art. 19. Toutes les communications relatives à l'Exposition universelle et internationale de Chicago et toutes les demandes de renseignements doivent être adressées à M. le Commissaire général du Gouvernement français, 22, avenue La Bourdonnais, porte Rapp, à Paris.

Le groupe 148 comprend la classe 839, ainsi dénommée :

839. Instruments et appareils de chirurgie et prothèse dentaires.

Le comité n° 32, qui est chargé de tout ce qui concerne l'hygiène et la médecine, est ainsi composé :

MM. Baudouin (Le docteur Marcel), secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, rédacteur en chef des *Archives pr^les de Chirurgie.*

Bechmann, ingénieur en chef des ponts-et-chaussées, du Service de l'assainissement de la ville de Paris, membre des comités, Paris 1889.

Bilhaud (Le docteur), médecin orthopédiste.

Brun (Le docteur), agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Brouardel (Le docteur), membre de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine, membre du jury, Paris 1889.

Collin (A.), fabricant d'instruments de chirurgie, membre du jury, Paris 1889.

Cousin, membre de la Société de médecine pratique, administrateur du Bureau de bienfaisance du VIIIe arrondissement.

Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine membre des comités, Paris 1889.

Faisans (Le docteur), médecin de l'hôpital de la Pitié.

Galante (Henri), fabricant d'instruments de chirurgie, membre du jury, Paris 1889.

Galippe (Le docteur), médecin dentiste, chef du laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Geneste (Eugène), ingénieur hygiéniste, membre des comités, Paris 1878 et 1889.

Lereboullet (Le docteur), membre de l'Académie de médecine, membre des comités, Paris 1889.

Martin (Le docteur A.-J.), membre du Comité consultatif d'hygiène de France, membre du jury, Paris 1889.

Monod (Ch.-Henri) directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'intérieur, membre du jury, Paris 1889.

Proust (Le docteur), membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires.

Wickam, chirurgien herniaire, membre du jury, Paris 1889.

LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, DE LA CHIRURGIE, ET DE LA PHARMACIE DANS LE CANTON DE GENÈVE

(23 mars 1892.)

DE L'EXERCICE DES PROFESSIONS MÉDICALES

Article 1er. — Nul ne peut exercer, dans le canton de Genève, les professions de médecin, chirurgien, pharmacien, vétérinaire, dentiste ou sage-femme, s'il n'y est autorisé par le Conseil d'État. L'autorisation du Conseil d'État ne sera accordée qu'à la suite d'un examen de capacité ou sur la présentation de titres ou diplômes officiels, donnant au postulant le droit à l'exercice de sa profession dans le pays où ils ont été obtenus, et sous la condition que ces diplômes seront reconnus valables par le Conseil d'État, après préavis des corps compétents.

Art. 2. — Le champ, la forme et le mode des examens de capacité seront déterminés par un règlement du Conseil d'État.

Art. 3. — En cas de refus d'autorisation, l'arrêté du Conseil d'État sera motivé.

Art. 4. — Les médecins, chirurgiens, pharmaciens, vétérinaires, dentistes, sages-femmes exerçant légalement leur profession dans les États limitrophes et domiciliés dans le voisinage des frontières, sont admis à pratiquer dans les communes du canton voisines de leur résidence. Cette faculté pourra leur être retirée individuellement par un arrêté motivé du Conseil d'État.

Art. 5. — Un registre spécial des autorisations sera tenu au Département de Justice et Police.

Art. 6. — Un extrait de ce registre sera délivré par le Conseil d'État à toutes les personnes autorisées à exercer les professions sus-indiquées.

Un tableau des dites personnes et de leur domicile sera apposé dans toutes les pharmacies, dans les bureaux de police, dans les établissements de bains, ainsi que dans tous les locaux où ce sera reconnu utile.

Art. 7. — Un règlement déterminera les conditions auxquelles seront soumis les maisons de santé, d'accouchements, les hospices particuliers et les établissements de bains spécialement consacrés au traitement des malades.

DE LA VENTE DES DROGUES ET DE L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Art. 8. — La vente des drogues médicinales simples ou composées est libre, sauf les modifications que la loi peut y apporter dans l'intérêt général (art. 9 : Constitution cantonale et art. 31 : Constitution fédérale).

Art. 9. — Les substances vénéneuses non employées dans les arts et l'industrie ne peuvent être vendues en détail que par les pharmaciens.

Un règlement du Conseil d'État fixera les prescriptions relatives à la vente, soit en gros, soit en détail, des substances vénéneuses.

Art. 10. — Les pharmaciens peuvent seuls exécuter les ordonnances, prescriptions ou formules médicales. Ils doivent conserver pendant trois ans au moins la copie des dites ordonnances, prescriptions ou formules. Si l'ordonnance indique que le remède ne devra être renouvelé que sur avis du médecin, le pharmacien devra indiquer sur l'original qu'elle a été exécutée.

CLAUSE PÉNALE

Art. 16. — Toute infraction à la présente loi ou à ses règlements d'exécution, sera punie d'une amende pouvant s'élever à 200 francs pour le premier délit, et à 400 francs pour le second. Ces pénalités sont indépendantes des peines plus graves qui résulteraint pour les délinquants de quasi-délits, de délits ou de crimes prévus par les lois.

RECTIFICATION

Dans le journal l'*Odontologie*, N° de mai 1892, page 209, Procès-verbal de la sérance du 2 février 1892 du Conseil de Direction, on lit : « M. Tusseau donne lecture : 1° d'une lettre de M. Godon demandant un congé de six mois. Le Conseil lui en accorde un de trois mois seulement... »

C'est une erreur. — M. Godon n'a demandé au Directeur de l'Ecole comme professeur qu'un congé de trois mois qu'il lui a accordé.

M. Lecaudey a du reste demandé que cette erreur qui avait un caractère blessant pour M. Godon, soit rectifiée. *L'Odontologie,* dans son numéro de juin, n'ayant pas mentionné la rectification de M. Lecaudey, nous la publions nous-mêmes.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

Par Maurice Roy.

I. Névralgie faciale. — II. Kyste dermoïde du plancher de la bouche — III Tabès débutant par les douleurs fulgurantes de la 5e paire. — IV. L'étiologie du bec de lièvre. — V. Carie artificielle. — VI. Le frein de la lèvre supérieure. — VII. La fumée de tabac. — VIII. Sur l'angine de Ludwig. — IX. Luxation de la mâchoire inférieure en arrière. — X. Sur la pathogénie de la stomatite mercurielle.

I. — Névralgie faciale. — II. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche

M. Chalot (de Toulouse) a rapporté à la Société de Chirurgie l'observation d'un cas de névralgie faciale rebelle dans lequel il a obtenu la disparition des douleurs à la suite de résections nerveuses multiples opérées il y a un an : il a réséqué le nerf sous-orbitaire, le nerf maxillaire supérieur et le ganglion sphéno palatin, le nerf dentaire et le nerf lingual, par trépanation de la branche montante, le nerf auriculo- temporal.

M. Chalot s'est associé aux réserves formulées par M. Segond, qui a profité de cette communication pour donner les résultats de quatre interventions faites par lui et qui paraissaient avoir réussi lors de sa communication au Congrès de Chirurgie de 1889.

De ses trois opérées, l'une s'est suicidée à la suite d'une récidive survenue au bout d'un an ; chez la seconde, les douleurs sont revenues, mais moins vives à partir du quinzième mois, enfin la troisième et la quatrième n'ont pas eu de récidive.

M. Quenu a présenté à la même séance un kyste dermoïde du plancher de la bouche enlevé par la voie buccale ; c'est le mode opératoire que préconise ce chirurgien. Dans le cas présenté, il a obtenu la réunion par première intention.

III. — Tabès débutant par des douleurs fulgurantes de la 5e paire

Le *Progrès médical* publie une observation du Dr Chabbert (de Toulouse) au sujet d'un cas de tabès ayant débuté par des douleurs fulgurantes de la cinquième paire, douleurs qui persistèrent trois mois, au bout desquels survinrent du côté de l'œil des phénomènes de paralysie tabétique avec atrophie du nerf optique.

VI. — L'étiologie du bec de lièvre

M. le docteur Adrien Pozzi (de Reims) a fait au Congrès des sociétés savantes une communication sur la théorie d'Albrecht et le bec-de-lièvre compliqué. « Jusqu'il y a une douzaine d'années, on admettait, avec Gœthe, que le jeu des incisives supérieures était porté par un os formé lui-même de deux pièces intimement soudées (os incisifs, os intermaxillaires) et développées aux dépens du bourgeon frontal; il en résultait que dans le bec-de-lièvre compliqué la fissure devait passer entre une incisive et la canine, première dent implantée sur le massif maxillaire.

Mais Albrecht cita des exceptions nombreuses à cette règle et voulut établir qu'au lieu de deux os incisifs il y en avait quatre : les deux médians de Gœthe — formant l'inter-maxillaire — et deux latéraux; pour cet auteur, la fissure du bec-de-lièvre compliqué passe, non comme on le prétendait, entre une incisive et la canine, mais entre une incisive latérale toujours unique, accolée à la canine, d'où le nom d'incisive précanine qu'il lui donne.

Pour Albrecht, cet os incisif de nouvelle description est dû à un bourgeonnement secondaire du bourgeon nasal externe dépendant du bourgeon frontal.

La théorie d'Albrecht, violemment attaquée, a fini par être généralement admise, mais soulève encore des objections dues à des difficultés d'interprétation de certains vices de conformation, d'anomalies dentaires (fisssures fronto-maxillaires, implantation de l'incisive externe à la face interne de la canine, etc.).

Ces difficultés d'interprétation tiennent surtout à l'origine attribuée par Albrecht à l'os incisif externe: l'explication embryogénique de sa théorie en est le point obscur.

Quelques auteurs ont supposé, sans en pouvoir donner la preuve, que l'os incisif externe serait une dépendance, non du bourgeon frontal, mais du bourgeon maxillaire.

Le docteur A. Pozzi a repris la question à ce point de vue, et si ses recherches nombreuses sur des embryons et des fœtus humains ne lui ont pas permis de constater directement la formation du bourgeon incisif externe, ou même de retrouver — sauf par exception — la suture endo-mésognathique, contrairement aux dires de Biondi qui prétend l'avoir trouvé trente-huit fois sur cinquante fœtus examinés par cet auteur, il présente des pièces qui paraissent éclairer d'une façon toute particulière l'origine de l'incisif externe.

Ce sont des squelettes de têtes de fœtus de chiens de race dite bull-dog, où l'on remarque sur l'une un bec-de-lièvre unilatéral, sur l'autre un bec-de-lièvre bilatéral.

Dans ces deux pièces, la fente semblait, au premier abord, passer entre l'incisive et la canine, mais l'on trouvait, accolé au massif maxillaire et y adhérant intimement par son sommet, un bloc fibreux contenant dans son intérieur l'incisive manquante, incisive précanine, et représentant le bourgeon incisif externe non ossifié arrêté dans son développement.

L'origine de mésogralhion aux dépens des bourgeons maxillaires est évidente. Ces pièces permettent de compléter la théorie d'Albrecht, qui peut alors donner l'explication de tous les faits qu'on lui opposait pour invalider sa valeur.

V. — Carie artificielle

La *Médecine moderne* reproduit d'après le *Mouvement thérapeutique* les observations de MM. Henry Sewill et Pound (Londres) qui « répétant les expériences de Miller, de Berlin sur la production artificielle de la carie des dents extraites, ont trouvé que le meilleur milieu pour la production artificielle de la carie est un mélange d'une partie de mie de pain avec huit parties de salive. En mettant une dent dans ce mélange et en chauffant le tout dans des verres bouchés à l'émeri, à la température de 35 à 37 degrés centigrades, on observe que le liquide devient bientôt acide par suite de la formation d'acide acétique et d'acide lactique; on observe alors tous les phénomènes qui caractérisent la formation de la carie des dents. En plongeant tout à fait la dent dans ce mélange, la destruction de toute la surface de la dent se produit. S'il y a des fentes naturelles ou artificielles dans l'émail, la carie marche très rapidement; la dentine surtout se carie beaucoup plus vite que l'émail. L'émail et la dentine d'une dent anatomiquement mal formée se carient beaucoup plus facilement que les dents bien formées. Le cément résiste moins que l'émail. Les phénomènes qui suivent la pénétration des microbes dans les tissus de la dent ne diffèrent point de ceux qu'on observe dans la carie naturelle ».

VI. — Le frein de la lèvre supérieure

M. Marcel Baudouin fait dans le *Progrès médical* une petite étude d'après M. Gillet sur le frein de la lèvre supérieure. Il résulte de ce travail que le frein peut présenter des aspects un peu différents suivant les individus, il peut être en sablier, en éventail, bifide, etc.

On y trouve des productions polypiformes très fréquentes, 147 fois sur 636 individus (23 0/0) ce sont ces petits noyaux que nous avons occasion d'observer souvent sur le frein. D'après l'auteur, malgré leur analogie de structure avec les polypes, ces productions sont de nature embryogénique.

VIII. — La fumée de tabac

Voilà qui est pour faire plaisir aux fumeurs : d'après Tassinari reproduit par la *Médecine moderne* la fumée de certains cigares italiens posséderaient une action bactéricide générale qui se ferait sentir particulièrement sur le bacille du choléra asiatique, le redoutable bacille virgule.

L'auteur conclut de ses recherches : 1° que dans certaines épidémies de choléra et de fièvre typhoïde, l'usage de la fumée de tabac ne doit pas être condamnée, au contraire ; 2° que la fumée de tabac peut être utile dans l'hygiène de la bouche comme moyen prophylactique contre les affections d'origine parasitaire de la cavité buccale.

Cette question est très discutée, car on sait qu'il résulte des recherches de plusieurs auteurs que le tabac constitue un excellent milieu de culture, de certains microbes, il est vrai que l'auteur ne parle là que de la fumée de tabac, ce serait peut-être l'occasion de proposer la substitution du narghileh oriental aux pipes, cigares, etc.

VIII. — Sur l'angine de Ludwig

A la suite de la communication par M. Linon à la Société de chirurgie d'une observation d'accidents phlegmoneux graves consécutifs à une carie de la dent de sagesse (Voir *Revue Internationale d'Odontologie* 1892, p. 48), une longue discussion s'est engagée à cette société au sujet du phlegmon du plancher de la bouche et de la région sus-hyoïdienne, dénommé par certains auteurs angine de Ludwig.

M. Nélaton a ouvert la discussion par un rapport sur l'observation de M. Linon. Le point de départ des accidents était la dent de sagesse inférieure gauche cassée dix mois auparavant et cariée, en arrière de cette dent se trouvait une ulcération gingivale. Pour M. Linon, les accidents doivent être attribués à cette ulcération de la muqueuse, porte d'entrée de l'infection; il partage l'opinion de Redier et Cornudet pour lesquels les accidents de la dent de sagesse sont dus, non pas à une cause mécanique, mais à une infection locale par une solution de continuité de la muqueuse. De plus, il soulève la question de savoir si l'angine de Ludwig doit être considérée comme une entité morbide.

M. Nélaton a étudié les faits rapportés par Ludwig dans son mémoire paru dans le *Wurt. Corr. Blat.* Il s'agit de 4 cas de phlegmons diffus de la région sus-hyoïdienne dont trois rapidement mortels et ne présentant en aucune façon les caractères d'une affection spécifique. Le rapporteur cite à cette occasion deux cas de phlegmons sus-hyoïdiens qu'il a observés et qui, en dépit de débridements très largement faits, se sont très rapidement terminés par la mort, en présentant tous les caractères de la septicémie aiguë.

Il demande, comme M. Linon, que le terme d'angine de Ludwig

soit supprimé, les accidents désignés sous ce nom pouvant s'observer avec des phlegmons d'autres régions que le cou.

M. Quenu ne pense pas qu'il faille rejeter d'une façon absolue l'insuffisance de place de la dent de sagesse comme cause de ces accidents, d'autant plus que l'ulcération gingivale que l'on observe dans nombre de cas tient à cette insuffisance. Il cite deux cas de phlegmon sus hyoïdien avec terminaison fatale, l'un à la suite de caries dentaires, l'autre à la suite d'une amygdalite. Il ne pense pas non plus qu'il y ait rien de spécifique dans ces cas, il s'agit d'une très grande virulence des germes septiques donnant à l'inflammation une marche foudroyante.

Pour M. Reclus, deux causes interviennent dans l'étiologie des phlegmons que l'on observe à la suite de l'évolution de la dent de sagesse, l'infection locale et la gêne mécanique. On n'observe d'accidents que lorsque la dent est gênée dans son évolution, il se produit alors des ulcérations qui peuvent être la porte d'entrée de l'infection.

M. Reclus s'élève aussi contre la dénomination d'angine de Ludwig et il cite trois cas de phlegmons.

M. Bazy a observé trois cas de phlegmons sus-hyoïdiens à marche rapide à la suite d'extraction de dents; ces trois cas se sont terminés par la mort, en dépit d'incisions très larges ayant, comme dans tous les cas, donné issue à des gaz et à du liquide fétides.

M. Delorme, dans une séance suivante, est revenu sur cette question. Pour lui, sans défendre la dénomination d'angine de Ludwig dont la valeur est discutable, il existe une variété de phlegmons ayant un siège précis, le plancher de la bouche; il en cite quatre cas. Ces phlegmons sont caractérisés par du gonflement de la région sus hyoïdienne, bourrelet gingivo-lingual très développé, immobilisant la langue, salivation abondante, gène considérable des mouvements de la langue et de la déglutition, quelquefois de la suffocation.

Ils ne siègent pas dans la région sous maxillaire, mais au-dessus du mylo-hyoïdien et sont limités en bas par ce muscle, en haut par la muqueuse buccale, en dehors par le maxillaire, en dedans par la langue ; ils sont unilatéraux ou bilatéraux.

M. Delorme appelle cette variété de phlegmon, phlegmon sublingual; il ne conseille pas leur ouverture intra-buccale, très difficile, à cause de la constriction des mâchoires qui existe toujours, et insuffisante. Il faut dans ces abcès faire une incision latérale de la peau, aller sectionner le mylo-hyoïdien et on tombe alors dans la cavité purulente.

Dans le phlegmon bilatéral, l'incision médiane ne donne pas un bon résultat ; il faut faire dans ce cas une incision de chaque côté.

M. Delorme pense que si les quatre malades qu'il cite ont guéri, c'est grâce à la rapidité de l'intervention et à ce qu'il a évacué bien complètement le pus. A son avis, la plus petite éraillure de la muqueuse peut être la porte d'entrée de l'infection, ce n'est pas forcément la carie dentaire.

M. Gérard Marchand pense que les accidents de la dent de sagesse sont dus, ou à une ulcération buccale, ou à la périostite alvéolo-dentaire et dans ce dernier cas les accidents sont beaucoup plus graves que dans le premier. Il a eu occasion d'observer un certain nombre de phlemons sus-hyoïdiens, les uns aigus, analogues à ceux cités dans la séance précédente, d'autres chroniques se terminant par de nombreux trajets fistuleux et nécessitant une résection partielle du maxillaire. Tous ces cas étaient dus à la carie dentaire, dans un cas à une gingivite infectieuse.

M. Auffret de Brest croit que la cause de ces phlegmons réside dans les ganglions profonds infectés par une lésion buccale.

Enfin, dans une dernière séance, M. Marchand divise les phlegmons du cou en deux classes, les uns prenant naissance dans les ganglions pré-carotidiens et ayant tendance à fuser dans la direction des vaisseaux du côté du médiastin, les autres développés dans l'espace maxillo-pharyngien, pouvant par la suite envahir la gaîne des vaisseaux ; ces adéno-phlegmons sont presque toujours sous la dépendance de lésions dentaires et en particulier de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse. Ces phlegmons ont une bien plus grande gravité que ceux qui ont leur point de départ dans les ganglions pré-carotidiens.

Pour M. Verneuil, la stomatite ou l'angine infectieuse que l'on a coutume de désigner sous le nom d'angine de Ludwig existe. Il en cite 3 cas : un jeune homme, après quelques jours de surmenage physique, est pris de fièvre et d'œdème de la région sus-hyoïdienne qui entraînent la mort en quelques heures malgré de larges débriments au thermo-cautère. Une fillette de 7 à 8 ans, en bonne santé, contracte une angine *à frigore* ; en deux jours, œdème de la région sus-hyoïdienne et du plancher de la bouche ; elle meurt malgré des incisions nombreuses. Un jeune homme en bonne santé est pris, à la suite d'un refroidissement, d'un œdème considérable des mêmes régions avec symptômes généraux extrêmement graves; il guérit après des incisions multiples au thermocautère.

M. Moty considère l'angine de Ludwig comme un phénomène qui peut être observé dans diverses conditions pathologiques.

M. Schwartz est de l'avis de M. Delorme, quant au siège des lésions; il a observé trois faits de phlegmons du cou consécutifs, deux à une angine, un à une carie de la deuxième prémolaire inférieure droite et caractérisés par le gonflement dur, en cuirasse de la région sus-hyoïdienne, le gonflement du plancher de la bouche et une dyspnée intense dans certains cas. Pour lui, il faut aller chercher le pus au-dessus du mylo-hyoïdien, c'est un phlegmon sous-lingual.

Enfin M. Chauvel dit avoir observé deux cas de phlegmon du plancher de la bouche dont le siège était au-dessus du mylo-hyoïdien.

De cette longue discussion, deux faits intéressants se dégagent pour le dentiste. Le premier point, c'est naturellement la nécessité de traiter les affections buccales capables d'entrainer des complications aussi graves que celles dont il a été question et notamment

de faire l'avulsion des racines ou des dents atteintes de 4e degré non soignées et de surveiller avec grand soin l'évolution de la dent de sagesse, de façon à enrayer les accidents par une extraction faite à temps, le tout sans négliger l'antisepsie buccale.

Le second fait qui ressort, c'est l'indication absolue d'une intervention chirurgicale très prompte et très complète en cas de phlegmon sus-hyoïdien. Dans ces cas, que le dentiste ne pense pas enrayer les accidents par une extraction de dent ou par une ouverture intra-buccale ; si l'extraction ne doit pas être négligée lorsqu'une dent est soupçonnée être la cause des phénomènes morbides, cette opération est insuffisante si l'on veut éviter de voir se développer les accidents terribles et rapidement mortels qui peuvent se produire. Nous avons eu nous-mêmes l'occasion d'observer, à Beaujon, un cas où, en dépit de l'extraction des racines, point de départ du mal, et une incision très large allant jusqu'au maxillaire dénudé, la mort est survenue très rapidement.

IX. — LUXATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE EN ARRIÈRE

Le *Bulletin médical* reproduit, d'après la *Wiener Méd. Wochenschrift* une observation de luxation en arrière de la mâchoire inférieure due au professeur Albert.

Cette luxation est rare ; on en a même nié la possibilité sans fracture de la cloison antérieure du conduit auditif externe, on en a cependant rapporté quelques exemples qui tous ont été observés chez des femmes ; cela tient sans doute à ce que les saillies osseuses sont moins prononcées chez la femme que chez l'homme.

Le symptôme principal de cette luxation est l'impossibilité d'ouvrir la bouche.

Dans le cas du professeur Albert, il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'une opération dentaire de longue durée, ne put, le lendemain matin, desserrer les dents ; désolée, elle se jeta la figure sur son lit, dans les couvertures, et la mobilité reparut.

Depuis 3 ans, cet accident s'est reproduit un grand nombre de fois et la malade a pu chaque fois, à l'aide de quelques manœuvres, rétablir les mouvements. Elle n'a jamais eu de douleur ni de gonflement.

L'auteur a constaté quelques frottements articulaires et, à l'état de repos, une légère déviation à droite du maxillaire inférieur qui revenait sur la ligne médiane quand la bouche était ouverte. Le seul traitement institué a été le massage.

X. — SUR LA PATHOGÉNIE DE LA STOMATITE MERCURIELLE

M. Lermoyez consacre à cette question un intéressant article dans le *Bulletin médical.* Le point de départ de cette étude est l'observation d'une femme de 55 ans, atteinte d'amygdalites à répétition, à laquelle M. Lermoyez ordonna, comme moyen préventif, des gargarismes répétés plusieurs fois par jour avec une solution de cyanure de mercure au deux millièmes (solution qui, dit l'auteur, a l'avan-

tage sur la solution de sublimé de ne pas laisser dans la bouche un goût métallique persistant.) A la suite de ce simple traitement, la malade fut prise d'une stomatite mercurielle des plus nettes qui guérit en quelques jours par la suppression du gargarisme et par des lavages boriqués et émollients.

L'auteur présente d'abord des différentes théories qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie de la stomatite mercurielle, à commencer par la théorie ancienne qui attribuait la stomatite à l'action directe du mercure au moment de son ingestion. Cette théorie tomba devant l'évidence des faits contradictoires (stomatite à la suite de frictions) et l'on admit « que l'imprégnation de l'éco-
» nomie par le mercure amenait la salivation, et celle-ci à son tour
» la stomatite. Toutefois, contre cette nouvelle hypothèse plaidait
» l'absence de parallélisme entre l'hypersécrétion salivaire et l'in-
» flammation buccale; il fallut alors reconnaître que le mercure
» n'agissait que par l'intermédiaire d'une périostite alvéolo-den-
» taire; il la pouvait créer de toutes pièces, mais le plus souvent il
» la trouvait engendrée par une gingivite antérieure et il l'exaltait.
» Ainsi pouvait se vérifier scientifiquement ce dicton déjà séculaire
» parmi les mineurs d'Almaden : pas de dents, pas de mal dans la
» bouche.

» Vint l'ère bactériologique. Bockhart[1] nous enseigna que le
» rôle du mercure se borne au premier acte de la stomatite. Par
» des expériences bien conduites, il montra que la présence des
» composés hydrargyriques dans la salive empêche la régénération
» de l'épithélium buccal dans les points où, à chaque repas, se
» produisent les érosions dentaires, du fait de la mastication : alors
» entrent en scène les microbes de la bouche qui germent en ces
» points et y produisent des ulcères. La stomatite naît du mercure,
» mais elle se développe sans lui : c'est une toxi-infection locale.

» Avec Bockhart, la stomatite est encore un peu mercurielle;
» avec de Renzi[2] elle va ne plus l'être du tout; elle deviendra pu-
» rement septique. Tout au plus le mercure absorbé modifie-t-il la
» nutrition de la muqueuse buccale en favorisant la décomposition
» des liquides qui y stagnent; mais il n'y a, de la part de l'agent
» médicamenteux, aucune action toxique, encore moins spécifique.
» La preuve qu'il n'y a qu'une infection locale, c'est qu'on peut
» guérir le malade, tout en maintenant le traitement mercuriel an-
» térieur, par la simple antisepsie de la bouche; pour être efficace,
» celle-ci réclame un parasiticide énergique; à ce point de vue le
» sublimé est parmi les meilleurs; en quatre jours celui-ci, admi-
» nistré en gargarismes, doit ramener la muqueuse *ad integrum*.
» Deux observations de l'auteur italien paraissent donner raison à
» cette thérapeutique paradoxale. Le mercure ne produit pas la
» stomatite dite mercurielle : bien au contraire, il la guérit.

» Récemment, M. Galippe[3], avec une compétence indiscutable,

1. Max. Bockhart, *Monats. für prakt. Dermatologie*, août 1885.
2. De Renzi, *Revista clinicae terapeutica*. Février 1888.
3. Galippe, *Journal des Connaissances médicales*, 1890, p. 188 et suiv.

» s'est proposé — il le dit lui-même — de réintégrer la stomatite
» mercurielle dans le cadre des stomatites infectieuses, d'où elle
» n'aurait jamais dû être détachée. Il va plus loin encore que de
» Renzi : multiplicité étiologique, unité pathogénique des stoma-
» tites, telle est son idée. Le principal argument qu'il met en avant
» pour la défendre et pour remettre dans le *caput mortuum* d'où
» les travaux des maîtres français les avaient une à une distraites,
» les stomatites ulcéro-membraneuse, mercurielle, bismuthique,
» etc., c'est leur similitude clinique : « Les stomatites toxiques
» dit-il, présentent des caractères cliniques tellement voisins des
» stomatites septiques, qu'on peut les considérer comme identi-
» ques ». Et ce qui le démontre mieux encore, c'est l'excellent ré-
» sultat que donne indifféremment, dans toutes ces formes, le trai-
» tement antiseptique. »

Ayant ainsi fait l'exposé des différentes théories, l'auteur passe à leur discussion.

« C'est à trois termes principaux que peuvent se ramener les ar-
» guments qui tendent à faire considérer la stomatite mercurielle
» comme une inflammation de la bouche banalement septique.

» 1° Pas d'étiologie spécifique;

» 2° Pas de phénoménalité spéciale ;

» 3° Succès de l'antisepsie buccale, fût-elle mercurielle. »

Sans doute un état d'irritation antérieure de la cavité buccale est un puissant facteur dans la production de la stomatite mercurielle, mais ce n'est là qu'une cause prédisposante qui resterait à l'état latent indéfiniment si le mercure ne venait allumer l'incendie.

« Au moins faut-il reconnaître à cette provocation quelque chose
» de tout personnel; sans quoi, pourquoi, chez les gens dont la bou-
» che a fait les préparatifs d'une stomatite, celle-ci ne s'effectue-
» t-elle pas aussi souvent sous l'influence d'autres médicaments, à
» élimination salivaire, les iodures par exemple, dont on sait l'ac-
» tion nocive sur les muqueuses ? Les iodures qui, au dire
» d'Hermann, amènent de la salivation chez un dixième des
» malades, ce qui n'empêche que la stomatite iodique est une
» rareté ?

« Où cette personnalité du mercure s'affirme surtout, c'est quand
» on voit, chez certains sujets, des accidents buccaux terribles
» éclater, sans que rien ne les explique. Chez eux, les dents sont
» belles, la bouche bien tenue, et cependant la stomatite naît dès
» les premiers jours du traitement ; elle est lancée, dit Fournier,
» sans que rien puisse l'arrêter ; elle revêt sa forme historique ;
» l'état des reins ne justifie pas toujours cette évolution. »

D'après M. Galippe, toutes les stomatites peuvent être rangées dans le même cadre, il y a multiplicité étiologique mais unité pathogénique, la symptomatologie se confond entièrement. « Cette confu-
» sion symptomatologique, dit très justement l'auteur, ne se main-
» tient qu'en considérant les cas flous ou anormaux.

» Entre les types francs de la stomatite mercurielle et de la sto-
» matite ulcéro-membraneuse, par exemple, il y a des lignes de

» démarcation assez précises pour qu'en ceci, comme en beaucoup de » choses du reste, les travaux classiques de nos vieux maîtres con- » servent toute leur valeur. »

La stomatite mercurielle est septique, disent les auteurs cités plus haut, la meilleure preuve, c'est la disposition des accidents sous l'influence des antiseptiques. « Elle n'est pas mercurielle, puisque les mercuriaux la guérissent. Cependant, le cas que rapporte M. Lermoyez mène à des conclusions diamétralement opposées. »

En effet, dans ce cas, il y a : un mauvais état général (diminution de la résistance vitale), une bouche hyperseptique, pas de stomatite. La bouche est aseptisée par le mercure, une stomatite dite mercurielle se déclare. De ces faits « il faut tirer cette conclusion, que le mercure demeure encore comme par le passé la cause des stomatites mercurielles ».

M. Lermoyez adopte la théorie de Bockhart, le mercure commence la stomatite en empêchant la régénération de l'épithélium éveillé par les diverses causes d'irritation qui peuvent exister dans la cavité buccale, « action empêchante qui appartient en propre au mercure et donne à la stomatite sa spécificité étiologique », les bactéries la continuent et c'est alors que toutes les stomatites « s'identifieront plus ou moins, ce sera la stomatite septique ». Au début, toutes les stomatites ont leur personnalité, leurs caractères propres, la stomatite septique « est une maladie qui finit, rien de plus ».

Comme conclusion, l'auteur conseille l'antisepsie buccale mais non l'antisepsie par les composés mercuriels qui, dit-il, sont des armes à deux tranchants capables d'aggraver la stomatite comme de l'atténuer.

Nous connaissons l'importance de l'antisepsie buccale, mais les divers auteurs qui s'occupent de cette question devraient parler un peu de la suppression de la principale cause de la stomatite. Que peut faire l'antisepsie dans une bouche pleine de tartre, de racines, de dents cariées ? Que l'on supprime d'abord toutes ces causes d'irritation et d'infection et que l'on fasse ensuite de l'antiseptie buccale, cela aura sa raison d'être, ce sont des faits que les dentistes sont bien placés pour connaître et que faisaient observer avec juste raison nos collaborateurs, MM. Chauvin et Papot, dans leur communication au congrès de 1889 [1].

1. *La gingivite.* Communication au Congrès dentaire international. — Paris, 1889.

BIBLIOGRAPHIE

Réorganisation de l'enseignement médical.

Par le Dr Reliquet. Paris, veuve Babé, 1892.

L'antique Faculté de Médecine de Paris n'est pas de ces honnêtes personnes dont on ne parle pas : les racontars des journaux médicaux et politiques, les doléances des candidats évincés à l'agrégation, voire même des membres du jury, nous montrent que tout n'y est pas d'une correction impeccable et telle que l'Europe pourrait nous l'envier. Ce n'est pas le petit opuscule du Dr Reliquet qui modifiera cette opinion. Il dit :

Je montrais (en 1870) la toute puissance des médecins et chirurgiens des hôpitaux et comment cette autorité, cette puissance personnelle de chacun d'eux, étant seuls membres possibles du jury d'admission dans leur corporation, entraînait les injustices les plus criantes dans les concours et surtout l'immoralité de la jeunesse des candidats dont la préoccupation constante est d'avoir un protecteur de plus.

Plus le candidat a de protecteurs, plus il a de chances d'avoir son jury; de là tous les compromis les plus bas, les plus vils; de là le fait courant de n'admettre comme auteur d'une découverte scientifique qu'un médecin ou chirurgien des hôpitaux, au détriment des véritables auteurs qui sont ainsi frustrés, volés, sans pouvoir revendiquer leurs droits.

Afin d'améliorer cet état de choses, M. Reliquet propose les réformes suivantes :

1° Le corps enseignant doit être absolument distinct et séparé du corps examinant;

2° Le corps examinant confère le titre de praticien à la suite de la première série des examens;

3° Les docteurs praticiens qui voudront entrer dans la carrière de l'enseignement devront passer de nouveaux examens plus élevés, devant le corps examinant. A la suite de ces examens supérieurs, le docteur pourvu de ce titre élevé aura le droit de faire de l'enseignement.

M. Reliquet ajoute : « Chez nous, jusqu'à présent, le professorat » en médecine ou en chirurgie n'a jamais été un but; il a toujours » été un moyen devant conduire à la clientèle.

» Il faut qu'il soit un but. Pour cela, chaque cours doit être rétri» bué directement par l'élève, ce qui est absolument démocratique.
» Ainsi l'élève choisit les cours qu'il veut suivre et les paie. »

Cela ne tient à rien moins qu'à la suppression de l'enseignement officiel et à l'organisation de l'enseignement libre de la médecine.

C'est toute une révolution. Si les médecins qui se plaignent de l'ordre de choses actuel espèrent inciter l'administration à un sacrifice d'Abraham avec des articles et des petites brochures, ils peuvent attendre sous l'orme. Oui, l'insuffisance de l'Etat est notoire. Oui, il ne peut satisfaire au besoin de rénovation incessante qui

découle de la lutte entre les individus et les nations. Mais c'est s'illusionner que de croire qu'on peut en avoir raison autrement qu'en agissant corporativement, ou qu'en créant une organisation supérieure à celle qu'on critique.

Est-il au-dessus des forces d'une corporation riche, puissante, nombreuse comme la corporation médicale d'imposer une réforme, et, si besoin est, de substituer un enseignement corporatif de la médecine à l'enseignement d'Etat? Il nous semble que non.

L'enseignement des spécialités n'existe pas à la Faculté. Qui empêche de le créer? La loi de 1875 ne crée-t-elle pas toute facilité à cet égard? Qui donc empêche les médecins de faire des cliniques dans un but d'enseignement et non dans un but de clientèle?

That is the question.

Le jour où ils le feront, un souffle nouveau circulera dans le temple d'Asclépiade.

P. D.

Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine, par le Dr Carrière. — Thèse de Paris, 1892.

La première observation de l'affection bizarre qu'étudie M. Carrière est due à M. Léon Labbé qui en fit le sujet d'une communication à la Société de chirurgie en 1868, sous ce titre : affection singulière des arcades alvéolo-dentaires.

Dolbeau 1869, Dubreuil 1871 en observèrent de nouveaux cas.

Jusqu'en 1879, il n'est publié aucune nouvelle observation, mais à cette époque M. Vallin et M. Demange publient chacun deux observations de malades se rapprochant de ceux de Labbé et Dolbeau.

En 1885, à Montpellier, paraît la thèse du Dr Manoha, inspirée par le professeur Dubreuil, qui attribue les phénomènes morbides observés à l'ataxie locomotrice.

Enfin, en 1890, un cas semblable au malade de Labbé est observé dans le service du professeur Lannelongue de Bordeaux. C'est ce malade qui a été le point de départ de ce travail bien étudié sur cette affection rare.

Pour l'auteur, et nous serions assez disposé à nous ranger à son avis, d'après les observations publiées, il s'est établi une confusion depuis les observations de Vallin et celles de Demange : on a confondu deux affections ayant certains points de ressemblance, mais néanmoins bien distinctes l'une de l'autre.

En effet, il suffit d'étudier complétement la symptomatologie et la marche de l'affection dans ces divers cas pour en voir les différences.

Dans les observations du groupe Labbé, Dolbeau, Lannelongue, le malade, sans douleur, sans suppuration, presque sans hémorragie, sauf un cas, perd toutes les dents de la mâchoire supérieure et même presque toutes celles de la mâchoire inférieure ; au maxil-

laire supérieur, le rebord alvéolaire se résorbe complètement et la résorption s'étend à l'apophyse palatine de cet os et à la lame horizontale du palatin, amenant ainsi une perte de substance, plus ou moins étendue, qui fait communiquer la cavité buccale avec les fosses nasales et avec le sinus maxillaire. Résorption et perforation sont unilatérales ou bilatérales. De plus la sensibilité est abolie sur toute la muqueuse buccale.

Il y a donc trouble : 1° du côté des dents; 2° du rebord alvéolaire; 3° de la voûte palatine. Ces trois phénomènes se produisent presque simultanément, toujours sans douleur, ni hémorragie, ni suppuration. Cette affection met de un à sept ans à évoluer.

Dans les observations du groupe Vallin, Demange, il s'agit d'ataxiques qui, dans une période de temps variant de un mois à un an, ont perdu toutes les dents de la mâchoire supérieure la moitié ont de plus perdu toutes celles de la mâchoire inférieure) et chez lesquels il y a eu, à la suite, résorption des arcades alvéolaires, le tout, toujours sans douleur, sans hémorragie ni suppuration. Chez ces malades, il y a également perte de la sensibilité locale.

Ainsi que l'établit bien l'auteur, il y a entre les deux groupes une différence bien tranchée : dans le second groupe, il s'agit tout simplement d'une chute rapide et précoce des dents sans autre lésion notable du maxillaire qu'une résorption alvéolaire que l'on observe après toute extraction de dent. Dans le premier groupe, au contraire, la chute des dents n'est qu'un épisode en quelque sorte d'une résorption envahissant le bord alvéolaire et la voûte palatine avec perte de substance, ce qui n'a jamais été observé dans la chute des dents des ataxiques.

Quelle cause doit être invoquée pour expliquer ces phénomènes morbides?

La syphilis doit être écartée, car chez le malade de Labbé seul cette cause pourrait être invoquée et les nécroses d'origine syphilitique ont une marche toute différente et ne se limitent pas d'elles-mêmes comme dans le cas qui nous occupe.

L'ataxie locomotrice rend compte des faits observés par Vallin et par Demange mais pas des autres, car si, chez quelques-uns, on a trouvé quelques signes qui pouvaient faire penser au tabes, chez les autres on ne trouvait rien de semblable.

L'auteur pense que tous ces troubles trophiques peuvent être attribués à une névrite du trijumeau qui peut se rencontrer au cours de l'ataxie, sans que tous les cas relèvent fatalement de cette affection et sans que l'on puisse, jusqu'à présent, invoquer une cause pour expliquer cette névrite chez les malades non ataxiques.

M. R.

Les méthodes employées pour obtenir l'anesthésie chirurgicale au moyen de la cocaïne, par le Dr P. Deleporte, thèse de Paris 1891.

Cette thèse n'apporte aucun fait qui ne soit connu par les communications de M. Reclus. Il préconise les solutions à titre faible

2 0/0, et la dose de 20 centigrammes comme dose maxima. Enumérant les diverses opérations pour lesquelles on a fait usage de l'anesthésie cocaïnique, il dit quelques mots au sujet des opérations dentaires ; nous relevons à ce sujet ces lignes qui nous étonnent de la part de quelqu'un qui devrait connaître les effets de la cocaïne : « Il est certainement assez rare de parvenir au moyen d'injections de cocaïne à extraire les dents sans aucune douleur ; mais, lorsque les injections sont bien faites, elles diminuent considérablement la douleur causée par l'extraction. » Tous ceux qui ont fait des injections de cocaïne savent que l'analgésie absolue n'est pas une rareté, comme le dit l'auteur de cette thèse.

M. R.

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'enregistrer la nomination de notre collègue, M. le professeur Poinsot, au poste de chirurgien dentiste de l'asile Sainte-Anne. Qu'il reçoive nos sincères félicitations.

D'autre part, on lit dans l'*Avenir dentaire* :

« Par décision du ministre de la guerre, en date du 22 juin, M. Bonnard, membre du conseil de Direction et démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, est nommé chirurgien dentiste de l'Ecole polytechnique, en remplacement du D[r] David, décédé.

» Notre confrère est également nommé chirurgien dentiste du lycée Louis-le-Grand ».

Nous sommes véritablement heureux de ces décisions. L'Administration de l'Assistance publique et celle de l'Université comprennent enfin que ces services ne sont pas l'apanage d'une classe de dentistes et que quiconque a donné des preuves de savoir et de compétence peut prétendre aux postes qu'elle confie.

Nous apprenons avec plaisir que M. Touchard vient d'être chargé par le gouvernement d'une mission en Angleterre afin d'y étudier l'organisation de l'Art dentaire dans ce pays.

RÉCEPTION DU D[r] BAUER

M. le D[r] Bauër, président de la commission d'examen pour l'obtention du droit de pratique dans l'Etat de la Louisiane, étant de

passage à Paris, un certain nombre de membres du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris ont tenu à honneur de le recevoir en un dîner confraternel. Etaient présents : MM. L. Bioux, Blocman, Dubois, Godon, Heidé, Maire, Papot, Ronnet et Roy.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

Session de juillet.

Examen de fin de troisième année. Ont obtenu le diplôme :

1. M. Jeay.
2. Mlle Berg.
3. Mme Prussenar.
4. M. Brousilowsky.
5. M. Hofzumahaus.
6. Mme Mossou.
7. M. Legros.
8. M. Contard.
9. M. Hirschberg.
10. M. Paulet.
11. M. Boulleret.
12. M. Dupas.
13. M. Klein.
14. M. Dyssly.
15. M. Eicus.
16. M. Ribard.
17. M. Merlin.
18. M. Francq.
19. M. Rasummy.

Nous sommes heureux de compter parmi les diplômés de cette année un certain nombre d'étrangers :

Mesdames Berg et Prussenar ;

Messieurs Brousilowsky, Hofzumahaus, Hirschberg, Dyssly, Eicus, Paulet.

M. Dyssly avait commencé ses études à l'Ecole dentaire de Genève.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir à Pau du 15 au 21 septembre 1892.

L'*Hôpital dentaire*, de Londres, est maintenant éclairé par l'électricité, c'est un grand bienfait pour les étudiants pendant les courtes journées d'hiver du vieux Londres brumeux.

Une société dentaire a été organisée à Rome, Italie, sous la présidence de M. Francesco Serletti ; Ribolla et Chomberlani, vice-présidents ; Betti, secrétaire, Van Horter, Ainé, G. Serletti et Angelo, membres du Comité Exécutif. C'est un encouragement pour les dentistes Italiens, et, comme nous l'espérons, le commencement d'une bonne organisation de la profession dentaire dans ce pays.

THE BRITISH DENTAL ASSOCIATION

L'Assemblée générale annuelle de cette association se tiendra à Manchester les 11, 12 et 13 août. A en juger par les vastes préparatifs, on compte sur un grand succès. Un des points les plus intéressants sera le Musée dentaire qui est en formation depuis plusieurs mois.

La réunion annuelle de « The Américan Dental Association, » est tenue le 2 août 1892 aux Chutes du Niagara.

L'*Association britannique pour l'avancement des sciences* se réunira à Edimbourg au mois d'août. De nombreuses et intéressantes excursions seront faites pendant la durée de la réunion.

NOTE POUR L'HISTOIRE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Wirth, fabricant d'instruments et de fournitures générales pour dentistes.

A force de labeur, M. Wirth avait su donner en France une grande impulsion à la fabrication des fauteuils et appareils à usage de dentistes.

On sait, par suite de la concurrence de puissantes maisons étrangères, combien la lutte est difficile pour cette industrie. M. Wirth l'avait entreprise, et avait su créer une marque que les dentistes français et étrangers appréciaient à l'égale des meilleures.

Nous espérons que ses collaborateurs, MM. Wirth fils sauront donner une nouvelle impulsion à la maison.

Un des meilleurs élèves de l'Ecole dentaire de Paris M. G. Bauchereau vient de mourrir à l'âge de 22 ans.

Sa grande volonté de travail faisait espérer qu'il se serait fait une place honorable dans le corps professionnel. Maîtres et élèves regretteront la perte de ce jeune homme distingué.

QUESTIONS ET RÉPONSES

D. — M. O. C. Verriers. Où peut-on se procurer du cobalt ordinaire? les pharmaciens n'en possèdent pas.

R. — Vous trouverez du cobalt à la pharmacie Vigier dont l'adresse est dans ce journal.

D. — M. A. L. Paris. Avons-nous toujours le droit de vendre eau et poudre dentifrice sans payer un impôt sur ces objets.

R. — La proposition Rouvier de mettre un impôt sur les spécialités pharmaceutiques ayant été repoussée, la vente des élixirs et poudres dentifrices est libre et non grevée d'un impôt spécial.

D. — M. A. L. Paris. Il arrive souvent que, confectionnant une pièce en caoutchouc dont les six dents de devant sont ajustées, et cuisant sur le modèle, les dents étant maintenues dans le moufle en les couvrant de plâtre, le caoutchouc fuse entre les bords ajustés et le plâtre, ce qui fait qu'en retirant ce supplément de caoutchouc les dents ne portent plus. Que faut-il pour éviter cela?

R. Le caoutchouc fusera difficilement si on a bien enlevé la cire à la base de la dent et à son bord libre et si on a constitué un fort rebord de plâtre enchâssant bien la dent. Pour le caoutchouc passe il faut qu'il ait de la place il ne peut en avoir à notre avis que si on a laissé de la cire ou si le rebord de plâtre casse.

NOTA. — *Nous accueillerons les réponses qu'on voudra faire aux questions posées par nos correspondants.*

Le gérant : P. DUBOIS.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A MAJESTÉ.

VOL. 1. SEPTEMBRE 1892 N° 3

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

A NOS CONFRÈRES DE LA PRESSE PROFESSIONNELLE

La presse professionnelle en France et à l'étranger a bien voulu saluer l'apparition de la *Revue Internationale d'Odontologie* de ses souhaits sympathiques. *Le Monde Dentaire*, le *Progrès Dentaire*, le *Dental Record*, la *Correspondenz Blatt für Zahnartze*, le *Progresso Dentistico*, l'*Odontologia de Palerme*, la *Odontologia de Cadix*, le *Progrès Médical*, l'*Union Médicale*, la *Pratique Médicale*, l'*Actualité Médicale*, la *Revue d'Hygiène thérapeutique*, la *Revue Internationale de Laryngologie*, le *Répertoire de Pharmacie*, la *Gazette des Hôpitaux de Toulouse*, etc., etc., ont bien voulu nous souhaiter la bienvenue: nous les en remercions :

Le *Dental Review* a fait plus et il a bien voulu nous présenter au public américain par une note qui nous fait le plus grand honneur.

Dans d'autres circonstances nous ne reproduirions pas ici des appréciations aussi bienveillantes. On nous excusera de les publier. Elles sont une réponse nécessaire aux attaques dont nous sommes l'objet.

« Comme nous l'avions prévu, M. Dubois ayant été, pendant de si longues années, éditeur de l'*Odontologie*, ne pouvait rester dans l'inaction et il publie maintenant, l'excellent journal dentaire que nous avons sous les yeux.

» M. Dubois s'est adjoint comme collaborateurs, quelques-uns des plus connus et des meilleurs professeurs de l'Ecole Dentaire de Paris, et vu sa grande capacité pour le travail, le désintéressement qu'il a montré pour la réforme et le progrès dentaires, nous prédisons un brillant succès à ce nouveau journal.

» Depuis la création de l'Ecole Dentaire et celle du premier journal l'*Odontologie*, une nouvelle impulsion a été donnée à l'art dentaire due en grande partie aux efforts considérables de MM. Lecaudey, Godon, Dubois, Ronnet, Blocman, Papot et leurs confrères.

» C'est avec grand plaisir que nous envisageons leur nouvelle entreprise, et nous souhaitons qu'ils réussissent non seulement au point de vue littéraire, mais dans leurs efforts pour les progrès de la profession en France, en foulant aux pieds toute espèce de charlatanisme et d'obtenir la reconnaissance à laquelle la profession dentaire a droit dans un des pays les plus éclairés de l'Europe.

» Le premier numéro est dédié à la visite de Herbst à Paris, la nouvelle loi dentaire, et d'autres articles d'intérêt varié. Le journal est bien imprimé et soigneusement édité, nous félicitons les éditeurs et auteurs sur sa belle apparence. »

LA RÉDACTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ACCIDENTS DE DENTITION DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On trouvera plus loin le compte rendu à peu près *in-extenso* de l'intéressante discussion que les accidents de la dentition ont provoqué devant l'Académie de médecine.

Les différentes thèses soutenues devant l'Académie, soulèvent les problèmes les plus considérables. Ils intéressent non seulement l'étude de l'évolution dentaire et des phénomènes pathologiques associés ; mais encore des questions plus vastes celles de diététique et d'hygiène générales applicables à l'enfance.

Questions vitales entre toutes, nous sommes convaincus que les lecteurs de cette *Revue* accorderont la plus grande attention à la lecture des comptes rendus qui suivent, et nous sommes heureux de pouvoir les leur présenter dans leur ensemble.

Cette discussion a mis en présence deux opinions opposées.

1° Celle des médecins qui admet l'existence des accidents de dentition;

2° Celle d'un dentiste qui la nie.

On notera la différence des points de vue et celle des sources d'information.

Les uns s'appuient sur des observations cliniques faites au lit des malades, M. Magitot sur des expériences faites sur des animaux, ainsi que sur des indications tirées de la physiologie.

Comment expliquer qu'un processus normal ait des conséquences pathologiques,surtout quand on constate que quelques années plus tard, un phénomène semblable, l'apparition de la seconde dentition se fait sans troubles généraux ?

La parenté des phénomènes, la logique tirée de la physiologie, sont absolument contraires à la créance aux accidents de la denti-

tion et il faut faire un effort intellectuel, et mettre de côté les présomptions rationnelles pour les admettre. Pourtant les faits sont là et on ne peut dénier toute valeur à l'opinion unanime des médecins depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

Nous ne sommes plus en présence de mères affolées par l'inquiétude, trompées par un fait visible, et ignorant les véritables sources du désordre. Nous sommes en présence d'une tradition médicale appuyée par des médecins modernes, d'une grande sagacité clinique, d'un grand sens diagnostique.

Il faut être bien sûr de sa science pour dire erronées les affirmations tirées du savoir clinique de M. Pamard, de M. Hardy, de M. Peter, de M. Charpentier, de M. Hérard, de M. Constantin Paul.

Il faut être bien fort de ses expériences et de leur valeur en la matière pour méconnaître la portée de cette déclaration de M. Le Roy de Méricourt.

« Je tiens à approuver, absolument, les idées soutenues par » M. Pamard ; je le fais non seulement comme praticien, mais » comme père de six enfants et grand-père de dix petits-enfants, » élevés et surveillés avec attention, tendresse et expérience. »

Comment tenir pour non avenue cette déclaration de M. Hérard : « Sans doute on a beaucoup exagéré les accidents de la dentition, » mais nier ces accidents c'est nier l'évidence. »

Cette autre de M. Charpentier : « Je me joins bien volontiers à « MM. Pamard, Le Roy de Méricourt et Hérard. »

Enfin qui ne serait ébranlé quand on entend M. Ollivier lui-même, le médecin le moins enclin à accorder aux accidents de dentition un rôle imaginaire, abandonner M. Magitot et revenir sur les conclusions de son rapport pour dire :

« Je n'ai point nié l'existence des premiers (les accidents de » dentition) mais j'ai seulement cherché à mettre en garde contre » l'opinion qui exagère leur fréquence. » Et plus loin réitérer son affirmation.

Les expériences de laboratoire et les observations cliniques sont en l'espèce absolument contradictoires et pour dégager la vérité il faudrait que les cliniciens fissent des expériences, que les expérimentateurs fissent des observations et trouvent une autre source de désordre que l'évolution dentaire chez les enfants soupçonnés. Pour que la thèse de M. Magitot triomphe il faudrait qu'il démontrât que non seulement il n'y a pas cause essentielle, mais même qu'il n'y a pas cause adjuvante et occasionnelle. Cet ordre de preuves il ne peut le fournir ; car il faut le dire, ni M. Magitot, ni M. Galippe ne sont consultés pour les accidents de dentition. Il n'est pas d'usage (et cela avec raison) de consulter le dentiste en la circonstance, eut-il auparavant fait des études médicales étendues.

Les expériences de M. Magitot et Lévêque ne sont pas aussi concluantes qu'elles le paraissent, l'irritabilité nerveuse, l'action des réflexes, ne sont pas les mêmes chez les enfants, et surtout chez les enfants de civilisés, que chez les animaux.

M. Magitot dit que l'éruption des premières dents ne s'accompa-

gne jamais d'une lésion locale ; or sur ce point de fait il est démenti par tous les observateurs qui affirment qu'il y a rougeur, et parfois tuméfaction. Le prurit gingival, le ptyalisme donnent créance à cette assertion.

M. Galippe n'a pas abordé l'essentiel du débat, il affirme la connexité des accidents de dentition et des anomalies dentaires proprement dites. Cela est à démontrer et le parallélisme constant des uns et des autres n'a pas encore été établi. Il dit que, rationnellement, il ne peut y avoir d'accident de dentition. Cela est évident.

A l'Académie de médecine le point de vue rationnel, n'avait pas à être examiné, mais seulement le côté clinique en ce qu'il sert d'induction étiologique.

Dire qu'il n'y a pas d'accidents de dentition lorsque les enfants sont normaux est peu décisif en la matière.

Les enfants absolument normaux n'existent guère. Dans les villes plus que partout, ils sont des oiseaux rares, et c'est étendre considérablement la catégorie des candidats aux accidents de dentition que d'en rendre passible tous ceux qui s'écartent peu ou point de la normale.

La question est celle-ci : un enfant, s'écartant quelque peu de la normale, comme antécédents héréditaires, comme alimentation, mais malgré cela n'étant pas d'une manière évidente en puissance pathologique, ce qu'accusent le poids et l'appétit, les phénomènes liés à la percée des dents auront-ils pour résultat de provoquer une crise soudaine; qui disparaîtra aussitôt l'éruption accomplie ?

Si la crise apparaissait chez les enfants sains et chez les enfants en imminence pathologique, on serait mieux édifié, l'éruption des dents de première dentition serait cause primordiale et essentielle. Il n'en est pas ainsi. De là viennent les difficultés étiologiques. Elles peuvent se résoudre en accordant, comme l'a fait M. Séjournet dans son excellent mémoire[1] (couronné par l'Académie de médecine même) un rôle secondaire et occasionnel aux accidents de dentition.

La grossesse, les menstrues, la croissance, l'établissement de la puberté, la ménopause sont aussi des faits physiologiques et pourtant ils déterminent des accidents généraux. Ils ne les créent pas de toutes pièces, cela est certain, mais ils n'en sont pas moins des facteurs pathologiques.

Si les expériences de M. Magitot ne suffisent pas à rayer du cadre de la nosologie médicale les maladies dites de la dentition, il n'en est pas moins vrai que les idées des médecins du commencement du siècle sur le rôle très important de l'évolution dentaire dans la pathologie infantile n'ont plus guère de défenseurs.

Les accidents de la dentition se produisent surtout quand il y a mauvais état général, cela est un point acquis, leur action est analogue au traumatisme, au refroidissement, aux crises physiologiques mentionnées plus haut.

---

1. Séjournet : *Du rôle de la dentition dans la pathologie infantile*, 1885.

Ils révèlent et aggravent un état antérieur, tendant à la maladie. L'éruption de la dent accomplie, c'est-à-dire l'accident occasionnel éloigné, la situation perd de son caractère inquiétant pour revenir à la santé ou à un état pathologique latent, selon le traitement institué, et la constitution de l'enfant. En pathologie infantile plus que partout le terrain est le fait primordial et dominant, et ici, nous nous rencontrons avec M. Galippe.

Remontons le courant d'idées et d'habitudes artificielles qui nous étreint de toutes parts. Soumettons les enfants à une diététique rationnelle, ne nous laissons pas envahir par les habitudes anglomanes et ayons moins le culte du *roastbeef* surtout pour l'alimentation des enfants, donnons-leur les sels de chaux assimilables que le lait féminin, que le pain renferment [1].

Ayons la préoccupation de préparer des générations s'approchant de plus en plus de la normale. Alors M. Magitot aura raison. On pourra retrancher les maladies de dentition de la nosologie médicale.

P. Dubois.

ACCIDENTS DE DENTITION

ACCIDENTS STOMATOLOGIQUES

On lit dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* la note suivante de M. Magitot :

Nous devons faire remarquer au sujet du mémoire de M. Comby, que cet auteur semble avoir ignoré complètement l'existence de notre travail paru quelques années avant le sien dans le même recueil.

Il ignore de même la thèse de M. Lévêque, et, tout en acceptant les idées générales exprimées par nous, il continue néanmoins la tradition en traçant une description détaillée des maladies de la dentition, et il termine son mémoire en formulant un certain *sirop de dentition* dont le besoin ne se faisait vraiment pas sentir.

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXVIII, p. 35.)

---

1. Les idées indiquées ci-dessus relativement aux mauvais effets de l'alimentation azotée donnée en excès viennent de recevoir une justification et un appui considérables de par la communication de M. G. Sée sur le nouveau régime alimentaire pour l'individu sain et pour le dyspeptique, communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 28 juin 1892. Ce travail joint à celui de M. Dujardin Beaumetz aidera à réformer l'hygiène alimentaire et la diatétique infantile M. Sée dit ceci :

« L'homme peut donc vivre au besoin en n'absorbant journellement que » 40 à 50 grammes d'albumine, ce qui doit désormais faire disparaître le gas» pillage classique de 118 grammes. »

(*Bullet. de l'Acad. de Méd.*, p. 903.)

« Si au lieu d'une ration suffisante pour obtenir l'équilibre, on force la dose » dans la croyance de fortifier l'individu, on arrivera rapidement à une dé» chéance albumineuse qui se traduit par une perte de Az.. Si on continue » cette alimentation, la somme totale de Az. peut finir par égaler ou même » dépasser la teneur en azote de la viande absorbée. On voit donc le danger » de l'excès de viande. » (*Loc. cit.*, p. 907.)

Cette sortie extra-académique était faite pour étonner. Et nous nous sommes demandé si M. Comby était aussi coupable que lui reprochait notre éminent confrère. Ecrire sur les dents et la dentition sans parler, sans connaître, sans citer M. Magitot serait vraiment outrecuidant. Nous avons eu l'assurance, en relisant le travail de M. Comby, qu'il ne l'avait pas osé.

Il connaît et juge à sa valeur l'œuvre du maître. Il s'est même permis de le contredire sur un point, un point de détail il est vrai, un fait élémentaire qu'en sa qualité de médecin d'enfants il a été à même d'observer.

Voici les réflexions de M. Comby.

M. Magitot, dans un article du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, place en dernier lieu la sortie des dents canines et fixe la date de cette sortie à 30 et 33 mois. L'erreur est double et manifeste : les canines se montrent toujours avant les dernières molaires, après les premières, les canines supérieures précédant les inférieures ; d'autre part, les canines sortent beaucoup plus tôt que ne l'indique M. Magitot; au lieu de 30 et 33 mois, c'est 16, 18 ou 20 qu'il faut lire. On voit que l'erreur valait la peine d'être relevée. *Ce n'est pas la seule inexactitude qui se soit glissée dans le travail, d'ailleurs très remarquable de M. Magitot.* Par exemple, CE SAVANT MÉDECIN fait sortir les incisives latérales inférieures avant les incisives latérales supérieures, c'est prendre l'exception pour la règle.

Trousseau, qui n'était pas dentiste, avait beaucoup plus sainement apprécié l'ordre d'apparition des dents temporaires.

Presque tous les chiffres cités dans le tableau de M. Magitot sont trop forts ; ils s'appliquent peut être aux enfants rachitiques et arriérés, ils n'ont rien de commun avec l'état physiologique.

Comby, *La première dentition*, extrait des *Archives générales de médecine* février 1888.

Après avoir lu les deux textes, le nuage se déchire et l'on devine pourquoi le Jupiter stomatologue a fait retentir son tonnerre.

Avoir fait des recherches, encore classiques, sur le follicule, avoir publié des statistiques innombrables sur l'ordre d'éruption et de chute des dents, et se voir reprocher par un médecin non stomatologiste qu'on ne sait pas bien quelles sont les dents qui font éruption après les incisives centrales méritait une revanche. M. Magitot n'a pas voulu se la refuser.

Nous lui signalerons pour sa prochaine communication un autre irrévérencieux confrère, M. Seigneur auteur d'une des meilleures thèses parues ces dernières années sur la physiologie dentaire, thèse où l'on recherche en s'appuyant sur une statistique étendue et sincère l'ordre et les dates de sortie des dents. M. Seigneur n'a pu s'empêcher de faire les remarques suivantes.

Quant aux époques adoptées par M. Magitot nous les avons déjà données dans le tableau, page 20 ; nous n'y reviendrons pas, ELLES SONT AUSSI PEU EXACTES QUE LES INDICATIONS DONNÉES PAR LUI POUR L'ORDRE DE SORTIE DES DENTS.

(Th. de Paris 1888, p. 36. *La Dentition pendant les deux premières années.*)

Si M. Magitot devient comme cela est probable examinateur pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, on se demande avec anxiété quel sera l'ordre adopté par lui pour l'éruption des dents de première dentition.

OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES

Nous recevons à la dernière heure l'*Union Médicale* qui s'exprime ainsi à propos de la dernière communication de M. Magitot. L'article est signé de M. Petit.

M. Magitot est un homme bien heureux. Il n'a jamais vu d'accidents de dentition ; il n'a jamais été appelé pendant la nuit par les mères affolées de voir leurs enfants en convulsions ni entendu les cris incessants de malheureux enfants qui se mordaient les poings pour tâcher de calmer les douleurs que leur causaient leurs molaires en voie d'éruption. Je suis moins heureux que lui, et M. Charpentier aussi, et M. Pamard, et bien d'autres ! J'en ai vu de ces enfants, bavant, pleurant, frottant leurs gencives avec tout ce qu'ils pouvaient, et leurs gencives étaient, je ne dirai pas rouges, mais blanches par places, aux points comprimés de dedans en dehors par la dent qui voulait sortir, et toutes violacées et gonflées à l'entour. Je n'ai pas hésité, dans ces cas, pour l'avoir vu faire maintes fois avec le plus grand succès au début de mes études par mon vieil ami le docteur Pépin (d'Arpajon), à ouvrir la gencive jusqu'à la dent avec un bistouri ou, à son défaut, avec un canif. Et toujours le soulagement des douleurs et de ces horribles convulsions a suivi de près cette petite opération. Dire qu'elle sert uniquement de révulsif chez les enfants nerveux et qu'une pointe de feu en un autre point du corps donnerait les mêmes résultats me semble une boutade plutôt qu'un argument sérieux ; l'incision, en pareil cas, agit comme dans un abcès qu'on ouvre; elle faisait cesser la compression des tissus et des filets nerveux, et, par suite, la douleur et les convulsions provoquées par celle-ci.

Une autre... boutade de M. Magitot m'a beaucoup frappé. Puisque vous admettez, a-t-il dit, les troubles de l'éruption dentaire, pourquoi alors ne pas décrire les maladies de l'évolution de tous les organes, pourquoi pas celles de la descente du testicule ? A quoi M. Charpentier a répondu avec juste raison qu'on avait vu souvent la descente du testicule s'accompagner de troubles.

Mais moi non plus je ne vois pas pourquoi on ne décrirait pas les troubles de l'évolution des organes. C'est là une grosse lacune dans nos livres de pathologie, car je suis intimement convaincu qu'il existent. N'a-t-on pas maintes fois décrit les troubles de la croissance, quand on les a observés sur les parties externes du corps, où ils étaient accessibles à la vue et au toucher ; bien que ce soit dés actes physiologiques, les phénomènes de la croissance des os ne sont-ils pas maintes fois accompagnés de troubles, d'atrophies, d'hypertrophies, d'anomalies diverses, avec fièvre, douleur, etc. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les organes internes, le cerveau, le cœur, le poumon, le foie, l'intestin, le rein, l'utérus, etc. Si on n'en a pas encore fait le description didactique, c'est que

ces troubles et les réactions qu'ils engendrent ont échappé à la sagacité des observateurs, mais dire qu'ils n'existent pas, c'est, je pense, aller trop loin. Et je crois qu'on doit être reconnaissant envers M. Magitot de les avoir en quelque sorte niés, puisqu'il a ainsi fortement attiré l'attention sur eux. Leur étude serait, j'en suis sûr, remplie d'intérêt pour les cliniciens.

UNE OBSERVATION A PROPOS DES ACCIDENTS DE DENTITION

Par Ch. Godon
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Les récentes discussions qui viennent d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur « les accidents de dentition » et dont on trouve le compte rendu *in-extenso* dans le corps du journal donne un certain intérêt à l'observation suivante.

Il y a une quinzaine de jours, je fus rappelé brusquement d'une ville du sud-ouest où j'avais dû me rendre pour un deuil de famille, un petit enfant auquel j'ai des motifs de m'intéresser se trouvant gravement malade.

L'enfant, disait la dépêche, était atteint de diarrhée et était en grand danger.

Dans la collection de journaux que je parcourus pendant le trop long trajet de Bordeaux à Paris, j'eus la bonne fortune de tomber sur le dernier numéro du *Bulletin Médical* (mercredi, 10 août 1892).

Ce journal donnait le compte rendu des discussions qui venaient d'avoir lieu à l'Académie de médecine à propos du rapport du Dr Ollivier sur les accidents de dentition.

Je lus avec d'autant plus d'attention ces discussions que ma petite malade, une petite fille âgée de neuf mois, se trouvait justement en plein travail de dentition. J'étais déjà tout disposé à mettre sur le compte de l'évolution dentaire la maladie qui m'était signalée.

Je pus me rendre compte combien nos savants maîtres étaient loin d'être d'accord sur cette question.

Pendant que M. Magitot prétendait que les maladies de dentition n'existaient pas, « qu'il fallait les rayer du cadre de la nosologie médicale », M. Pamard d'un autre côté protestait contre de semblables théories et démontrait, en s'appuyant sur de nombreuses observations, que les maladies de dentition existent avec des caractères et une marche bien établis, et que, pour lui, tout enfant qui fait ses dents est un malade.

Mais les discussions étiologiques m'importaient beaucoup moins en la circonstance que celles portant sur la marche et le traitement. Ce dernier point était, on le comprendra, le plus urgent. Or l'accord existait un peu plus sur ce sujet et, de l'avis général, l'incision de la gencive amenait assez généralement la disparition des accidents.

Comme je pus le constater dès mon arrivée, ma petite malade présentait bien les symptômes attribués aux accidents de la dentition et qui avaient été rappelés pendant le cours de la savante discussion.

Cette enfant, bien constituée, avait été nourrie au sein jusqu'à 4 mois. A cette époque, un accident survenu à la nourrice obligea de continuer l'allaitement au biberon.

Ce changement de nourriture n'avait que transitoirement affecté l'enfant (diarrhée pendant quelques jours), mais bientôt elle avait repris sa bonne mine et sa bonne humeur.

Les premières dents, les incisives inférieures, étaient apparu vers le septième mois. Nous étions au neuvième mois. Cela n'avait rien que de très normal.

Depuis une dizaine de jours, des désordres, étaient apparus ; ils prenaient bientôt un caractère assez alarmant, troubles gastro-intestinaux diarrhées répétées, vomissements, insomnies, élévation de la température.

Le traitement avait surtout été interne et général.

Le lait, que l'enfant ne pouvait plus digérer avait été supprimé et remplacé par de petits grogs (trois cuillerées à café d'eau-de-vie pour un grand verre de liquide moitié eau bouillie et moitié eau de Vichy).

Potion au sous nitrate de bismuth, à l'eau de chaux ; acide lactique ; lavements d'amidon, etc.

Quand je vis l'enfant, elle était très changée, très abattue, le médecin ne me cacha pas la gravité de son état.

Il avait accepté avec un confrère de Paris, ami de la famille, qui était déjà venu la veille, une consultation pour le lendemain matin.

Influencé par la lecture que je venais de faire en voyage, j'appelai l'attention du médecin sur l'état des gencives.

La muqueuse, très rouge, très chaude, très tendue, avait, sur le bord antérieur du maxillaire supérieur deux surfaces mamelonnées indiquant la présence des deux incisives centrales supérieures sur le point de faire leur apparition.

L'enfant, pendant les petites crises souvent répétées, y portait constamment les mains.

Je proposai de pratiquer l'incision des gencives.

Le médecin traitant, sans être bien convaincu de l'utilité de cette petite opération me déclara qu'il ne s'y opposait pas. Nous convînmes de faire cette petite opération le soir même en sa présence.

Vers huit heures du soir environ comme cela avait été convenu je fis dans la gencive avec le bistouri en présence du médecin, une incision horizontale assez profonde pour atteindre la couronne de chaque incisive supérieure sur sa face labiale, très près du bord libre.

Il se produisit une petite émission de sang qui dura deux ou trois minutes, et fut assez facilement arrêtée par le tamponnement à l'aide d'ouate boriquée.

Il y eut presque aussitôt une sorte de détente. L'enfant qui poussait des cris en quelque sorte ininterrompus et ne pouvait sommeil-

ler depuis plusieurs jours, s'endormit presque aussitôt après avoir bu un verre de grog, et dormit trois heures presque sans interruption.

La nuit fut très bonne.

Le médecin avait ordonné pour combattre l'insomnie une potion de sirop diacode. Mais il n'en fut donné à l'enfant qu'assez tard dans la nuit.

Le lendemain, lorsqu'eut lieu la consultation, les deux médecins constatèrent une amélioration assez sensible pour autoriser d'un commun accord de reprendre l'alimentation lactée.

L'amélioration persista les jours qui suivirent.

Dix jours après, les deux dents apparaissaient hors de la gencive et l'enfant était tout à fait guérie.

On ne peut évidemment tirer de cette seule observation des conclusions décisives.

Elle est une petite contribution à l'étude d'une question actuellement controversée. Toutefois elle semble donner raison aux médecins, et tort à M. Magitot.

Nous remarquons ceci :

1° Contemporanéité des troubles et de l'éruption de deux incisives centrales supérieures. Cela est en accord avec la remarque de M. Constantin Paul, qui dit que les incisives supérieures provoquent plus souvent des accidents que leurs similaires inférieures;

2° Quoique l'enfant ait subi l'allaitement artificiel du 4e au 9e mois, on n'avait noté jusqu'ici aucun signe de mauvais état général;

3° Il y avait lésion locale se traduisant par une inflammation gingivale limitée à la région d'éruption;

4° Disparition subite des accidents après l'incision de la gencive Cela corrobore les dires des médecins d'enfants et ce cas semble encore montrer que la doctrine et le traitement classiques ont à leur actif des faits bien observés.

Il serait désirable que nos confrères fissent pareille enquête dans leur entourage, et j'estime qu'une collection d'observations sincères émanant de dentistes praticiens servirait beaucoup l'étude de cette question controversée.

FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par M. Maurice Roy.

Les dentistes ont assez rarement l'occasion de traiter les fractures du maxillaire inférieur; ces fractures d'abord sont relativement rares et, de plus, elles sont généralement traitées par les chirurgiens. C'est une chose regrettable, car le dentiste est certainement plus apte que le plus habile de ceux-ci à traiter cette variété de fractures.

De tout temps, les chirurgiens se sont ingéniés à faire divers appareils, tels que celui d'Houzelot et de Morel Lavallée, qui ne pouvaient leur donner que des résultats imparfaits, ces chirurgiens ne possédant pas la technique particulière du dentiste qui, seule, permet de fabriquer des appareils assez bien adaptés pour obtenir de bons résultats dans tous les cas, même les moins compliqués. Sans doute, parfois on peut obtenir la guérison dans de très bonnes conditions avec les appareils d'application facile, la simple fronde, par exemple, ainsi que nous avons eu occasion de le faire[1], mais il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas. C'est du moins ce qui résulte pour nous des quelques fractures que nous avons traitées.

Ayant eu dernièrement à traiter à Beaujon, dans le service du Dr Labbé, une fracture double du maxillaire inférieur présentant quelques complications, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en publier l'observation, d'autant plus que nous avons apporté aux appareils employés quelques modifications qui, pensons-nous, pourront rendre service dans des cas analogues.

Etienne V.., 33 ans, maréchal-ferrant, entre le 29 février dernier à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Labbé. Il raconte que, la veille au soir, il a reçu un coup de pied très violent sur la partie latérale droite de la face et depuis, indépendamment de la douleur locale, l'ouverture de la bouche est très douloureuse et les mouvements de mastication sont impossibles.

A l'examen, on trouve une fracture double du maxillaire inférieur : l'une à droite, par cause directe, et présentant un trait vertical à l'union du corps et de la branche montante, l'autre, par cause indirecte, siégeant au niveau de la symphise du menton ; cette dernière fracture est oblique, le trait partant, en haut, de la ligne médiane et se dirigeant en bas et à gauche.

L'interne du service fait faire au malade des lavages boriqués, on l'alimente avec des aliments liquides, et, le 3 mars, il lui fait la ligature osseuse. Après incision de la peau sur la ligne médiane, il passe un fil d'argent dans les deux fragments pour coapter ceux-ci. Mais, malgré ce traitement, l'immobilisation et la réduction de cette fracture n'étaient pas obtenues ; de plus, la plaie buccale communiquant avec la plaie cutanée par le foyer de la fracture, une suppuration abondante s'était établie d'une façon continue en dépit de pansements antiseptiques soigneux faits chaque jour et des lavages buccaux faits par le malade. Température 38° 3.

---

1. *Odontologie*, 1889.

Le 14 mars, je fus appelé auprès de ce malade et je trouvai la fracture latérale sans grand déplacement, mais sans trace de consolidation, et la fracture de la symphise également sans trace de consolidation, mais avec un déplacement en bas du fragment fracturé établissant une différence de trois millimètres entre les dents des deux parties. La plaie cutanée s'était réunie par première intention dans la plus grande partie de son étendue, seule la partie de cette incision qui se prolongeait en dessous du menton ne s'était pas réunie et par là du pus venait sourdre ; en introduisant un stylet par cette plaie, on arrivait jusqu'au repli gingivo-labial.

Le trait de fracture passait entre les deux incisives médianes qui étaient très ébranlées ; la partie gauche du maxillaire inférieur, c'était la partie saine, avait toutes ses dents, sauf la première grosse molaire ; sur la partie droite, il n'y avait plus que les incisives, la canine et la deuxième grosse molaire, le second trait de fracture se trouvant en arrière de cette dent. Le maxillaire inférieur se trouvait ainsi partagé en trois segments : 1° la branche montante droite ; 2° la moitié droite du corps de l'os ; 3° la branche montante et la moitié gauche du corps de l'os.

A la mâchoire supérieure, le malade avait toutes ses dents.

La réduction de la fracture de la symphise était empêchée par le fil d'argent qui avait été passé dans l'os. J'agrandis donc la plaie mentonnière pour arriver jusqu'au fil que j'enlevai et je pus alors arriver, quoiqu'avec quelque difficulté, à réduire la fracture.

Ayant pris mon empreinte par la méthode ordinaire, c'est-à-dire sans m'occuper de la réduction, que je fis sur le plâtre à l'aide de l'articulation, je construisis l'appareil représenté par

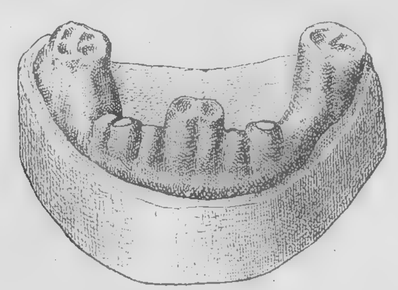


Fig. 1.

la figure 1, appareil que j'ai déjà employé une ou deux fois dans des cas semblables et qui m'a donné de bons résultats.

Cet appareil que j'ai exécuté en caoutchouc, mais qui eût

pu tout aussi bien être en métal, se compose d'une gouttière emboîtant les dents du bas, comme d'ordinaire, seulement, au lieu d'avoir une autre gouttière emboîtant les dents supérieures, la gouttière inférieure est simplement articulée, à la partie médiane et aux deux extrémités, avec les dents supérieures. L'articulation est parfaite, la bouche est aussi libre que possible et on peut ménager toute la place nécessaire à l'alimentation du malade. La partie supérieure d'une dent de chaque côté est mise à découvert afin de s'assurer, l'appareil étant dans la bouche, que les fragments sont bien en place.

L'appareil mis et la fracture réduite, il fallait songer à maintenir cette réduction qui nécessitait une force assez considérable, le fragment libre, partie du maxillaire comprise entre les deux fractures, ayant une grande tendance à s'abaisser.

Je ne pouvais songer à maintenir la réduction à l'aide de chevilles passées à travers l'appareil dans l'intervalle de deux dents, ainsi qu'ont eu occasion de le faire MM. Gravollet et Martinier, mon malade n'ayant du côté droit, ainsi que je l'ai dit plus haut, que les deux incisives et la canine, et ces dents, surtout les incisives, étant assez mobiles. J'eus recours pour cela à la fronde, à laquelle je fis subir une modification.

Il existe deux types de frondes, la fronde de Bouisson et la fronde de Hamilton. Dans la fronde de Bouisson, la traction se fait par deux lanières allant se fixer l'une derrière l'occiput, l'autre immédiatement en avant de l'oreille ; le sens général dans lequel s'opère la traction avec cette fronde est une traction des fragments en arrière, la courroie passant en avant de l'oreille n'ayant pas sensiblement d'action de haut en bas.

Dans la fronde de Hamilton, la traction s'opère à l'aide d'une courroie passant sous le menton et allant se fixer en avant du bregma ; cette fronde produit la traction des fragments de haut en bas, mais pas du tout la traction en arrière.

Dans le cas présent, j'avais besoin de tirer le fragment droit, en haut et un peu en arrière. Je fis exécuter une fronde combinant la traction opérée dans ces deux genres de frondes et j'eus la fronde représentée figure 2.

Dans cet appareil, de la partie mentonnière part une courroie allant se fixer derrière l'occiput et réalisant la traction d'avant en arrière, et sous cette même partie mentonnière glisse une courroie allant se fixer à la partie antérieure de la fosse temporale, passant verticalement à 5 ou 6 centimètres en avant du conduit auditif externe ; cette courroie est maintenue sous la partie mentonnière par une patte en cuir qui l'empêche de glisser en arrière.

Ces différentes courroies, comme dans toutes les frondes, vont se fixer, à l'aide de boucles, à une sorte de calotte formée d'une lanière de cuir faisant le tour de la tête, et de là partent d'autres lanières allant se fixer à une courroie antéro-postérieure de façon à renforcer la courroie circulaire dans les points où viennent se fixer les courroies de traction.

J'appliquai mon appareil le 23 mars, en garnissant de gaze



Fig. 2.

iodoformée la partie mentonnière de la fronde pour le pansement de la plaie du menton.

Au début,il fallut changer le pansement tous les jours à cause de l'abondance de la suppuration. Celle-ci a été un des grands ennuis dans le cas qui nous occupe, par le retard qu'elle a apporté à la consolidation de la fracture qui ne commença que plus d'un mois après la pose de l'appareil en dépit de l'immobilisation et de pansements soigneux. Néanmoins, dès l'application de l'appareil, le malade n'éprouva plus aucune souffrance et la fièvre disparut. Au cours des pansements, j'avais retiré, le 31 mars, une esquille de la fracture latérale et, de la fracture médiane, le 4 avril, une autre esquille, petite bande osseuse étroite de deux centimètres et demi de long ayant appartenu au bord inférieur de l'os.

Quand la consolidation commença à se produire, je passai entre la canine et l'incisive latérale un fil d'agent traversant la gouttière de caoutchouc en avant et en arrière, de façon à augmenter la fixité de celle-ci.

La fracture latérale, ne présentant pas les complications de la fracture médiane, se consolida beaucoup plus vite.

Le 28 mai, le malade étant en bonne voie de guérison, je l'autorise à sortir de l'hôpital le faisant revenir deux fois par semaine pour le surveiller. La fracture latérale est consolidée, la fracture médiane ne présente plus que peu de mobilité la plaie du menton suppure très peu et se comble peu à peu.

Le 11 juin, la plaie du menton est complètement cicatrisée, je retire la fronde, le fil d'argent passé dans l'appareil suffisant à maintenir la fracture qui est presque complètement consolidée. Le malade continue à s'alimenter avec des aliments liquides ou semi-liquides, et à faire des lavages antiseptiques.

Le 16 juin, je retirai l'appareil buccal, mais quand je revis le malade, le 20 juin, je m'aperçus que la consolidation n'était pas tout à fait terminée car un léger glissement s'était produit entre les deux fragments. Je remis immédiatement l'appareil que je fixai avec un fil d'argent comme ci-dessus, en corrigeant ce déplacement.

Le 8 juillet, la consolidation était complète, le résultat était excellent, sauf une très légère différence de hauteur entre les deux fragments, différence due à l'enlèvement un peu prématuré de l'appareil.

ACCIDENTS DE DENTITION

COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin

DE L'HYSTÉRIE CHEZ LES NOUVEAUX-NÉS ET CHEZ LES ENFANTS

Rapport au nom d'une commission composée de MM. Magitot et A. Ollivier, A. Ollivier, rapporteur.

L'hystérie existe chez les enfants très jeunes; elle est plus fréquente qu'on ne le croit, et si on n'en a presque jamais parlé, cela tient à ce que tous les accidents convulsifs observés étaient réunis sous le terme générique d'éclampsie ou qu'il paraissait inutile de chercher autre chose, une fois que ce mot avait été prononcé.

L'hystérie se présente à trois degrés, à chacun desquels correspondent des phénomènes d'un ordre particulier : 1° phénomènes émotifs; 2° pâmoisons; 3° grandes attaques convulsives.

1° Au premier degré, les colères violentes, fréquentes, dont l'accès ressemble à un paroxysme maniaque. Pour M. Chaumier l'enfant qui, sous l'influence d'une cause futile ou même sans cause, se met en furie, est un véritable hystérique; dans trois faits qu'il cite (obs. 1, 2, 3), cette interprétation semble exacte;

2° Parfois, après qu'il s'est agité, qu'il a crié de toutes ses forces, qu'il a présenté une congestion de la face allant jusqu'à la cyanose, une raideur musculaire des membres, le tableau change brusquement ; un silence plus pénible que la scène à laquelle on a assisté lui succède. Les muscles restent contracturés ; la face devient pâle ; les mâchoires sont serrées ; l'enfant a perdu connaissance, il est *pâmé*. La pâmoison, pour employer la dénomination populaire, est une des manifestations communes de l'hystérie infantile. M. Chaumier l'a relevée dix-neuf fois ;

3° Un de leurs caractères prédominants, c'est la brièveté. S'il y a des mouvements plus ou moins étendus, si la perte de connaissance se prolonge, on ne peut plus parler de pâmoison ; c'est à une grande attaque qu'on a affaire. Bon nombre de méningites qui guérirent avaient eu pour principal symptôme une série de convulsions. Les enfants étaient purement et simplement des hystériques qui n'avaient jamais eu de lésions organiques du côté des méninges.

Mais, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, il n'est possible de circonscrire la névrose dans un cadre étroit, inextensible. Si on voulait l'exclure, lorsqu'il n'existe ni grandes attaques, ni pâmoison, ni colères violentes, on commettrait souvent de très graves erreurs. Elle peut être caractérisée seulement par l'absence du réflexe palpébral ou pharyngien, par du strabisme ou du nystagmus, par des troubles digestifs (vomissements répétés, polydipsie, etc.), par une émotivité extrême sans tendance à la colère, avec des flux de larmes et des gaietés que rien n'explique. — Chez tous les enfants qu'il a examinés, M. Chaumier ne s'est pas attaché exclusivement aux phénomènes nerveux, et il a eu raison ; il a cherché si, dans un certain nombre de cas, ces phénomènes n'avaient point déterminé des lésions organiques perceptibles et persistantes ; s'il n'existait pas d'autres affections à début contemporain des accidents nerveux ou même antérieurs à ceux-ci, qui pussent les expliquer. Les résultats auxquels il est arrivé sont fort intéressants, même lorsqu'il est impossible d'accepter intégralement les conclusions tirées par l'auteur. C'est ainsi qu'il insiste sur l'usure des dents comme sur un symptôme d'une valeur séméiotique importante, lorsque des accidents convulsifs ne se produisent que la nuit.

Je suis moins disposé à admettre ses idées à propos des relations ou des affinités pathologiques qui lui paraissent exister entre certains cas d'hystérie et la présence de tumeurs adénoïdes dans le pharynx. Sur 46 cas, il en a trouvé 16 fois ; les enfants présentaient les phénomènes classiques habituels en pareille circonstance : bouche ouverte, coryza chronique, grosses amygdales, palais ogival, etc.

J'ai essayé de démontrer, dans des leçons faites il y a quelques années aux Enfants-Malades, que c'était le plus souvent une manifestation hystérique. M. Chaumier admet que, dans bon nombre de cas, les tumeurs adénoïdes sont la cause efficiente de l'hystérie. Prévoyant que cette idée pourrait soulever des objections, il a indiqué par quel mécanisme la névrose générale peut être la conséquence d'une lésion aussi limitée que les tumeurs adénoïdes : « La gène respiratoire qu'elles créent, dit-il, peut provoquer des troubles de la nutrition et jusqu'à un certain point une intoxication par l'acide carbonique ; celle-ci retentit à son tour sur le système nerveux. »

Les cliniciens qui continuent d'admettre l'influence de l'évolution dentaire la considèrent plutôt comme une prédisposition que comme autre chose. Tandis que certains observateurs ont vu des enfants ayant des helminthes à l'époque de la dentition, ils en ont vu quelques-uns à peine ayant de l'éclampsie, et encore celle-ci ne tenait-elle pas à la dentition ;

d'autres affirment qu'on l'observe assez souvent. Vogel, en particulier, a noté des convulsions partielles chez presque tous les enfants dont les dents poussent; c'est à ces convulsions qu'il faut, suivant lui, rattacher certains mouvements de rotation du globe de l'œil et le rire pendant le sommeil.

On ne saurait nier que Vogel occupait une place à part parmi les médecins d'enfants de notre époque. Son opinion était basée sur la contemporanéité des accidents nerveux dont il parlait, avec les diverses périodes de la dentition. Il faut dire que Vogel avait en vue non pas seulement les cas d'évolution normale chez des enfants bien constitués, mais autant, et plus peut-être, les éruptions retardées chez les rachitiques. Celles-ci sont accompagnées d'accidents convulsifs; ces accidents tiennent plus à la distrophie osseuse qu'à la sortie des dents, et lorsqu'il est impossible de mettre cette dernière hors de cause, il faut encore tenir sérieusement compte des conditions anormales dans lesquelles elle a lieu.

L'autorité de Vogel ne suffit pas pour rallier les médecins allemands à ces idées. A peine venait-il de les formuler que Politzer protestait avec une extrême vivacité contre elles :

1° Il est temps, disait-il, qu'il ne soit plus question en pathologie et en thérapeutique de troubles attribués à la dentition;

2° Expliquer des phénomènes bizarres obscurs, par des troubles de l'évolution dentaire, c'est mettre un inconnu à la place d'un autre inconnu ; il vaut mieux, dans ce cas, avouer son ignorance;

3° Quand bien même on ne trouverait pas d'autres causes que la dentition elle-même pour expliquer des accidents qui surviennent au moment où elle a lieu, il ne faudrait pas encore parler d'accidents de dentition, parce qu'en formulant un diagnostic on doit tenir compte des symptômes et non des causes présumées;

4° Il y aura un danger pour les enfants tant que les accidents de dentition n'auront pas disparu du cadre de la nosologie, parce qu'ils seront toujours l'occasion d'erreurs regrettables de la part de certains médecins.

Fleischmann, tout aussi affirmatif, déclare à la fin de son travail sur le même sujet que le raisonnement physiologique et l'expérience clinique conduisent à la même conclusion : à savoir que l'excitation produite par les dents qui poussent ne peut en aucun cas produire des accidents très graves. Tant qu'on n'aura pas de relations plus démonstratives que celles qu'on a donnés jusqu'à ce jour, on sera forcé d'admettre que les accidents dits de dentition rentrent dans la catégorie des faits apocryphes ou mal observés.

Comment expliquer toutes ces contradictions, se demande Kassowitz après avoir passé en revue les différentes hypothèses émises à propos des convulsions de la dentition ? Comment les médecins anciens ont-ils pu lui rattacher tant d'éclampsies infantiles dans des cas où ceux de nos contemporains qui continuent d'admettre l'influence de la dentition, ne verraient que des assertions erronées? La réponse à cette question est bien simple : cela tient à ce qu'à l'époque où fut formulée la théorie des convulsions d'origine dentaire, les véritables causes des convulsions chez les enfants étaient complètement inconnues.

A l'heure actuelle on est tout aussi disposé, chez nous, à restreindre les limites assignées aux accidents de dentition et même à les nier. Je relève les conclusions suivantes dans une thèse présentée à la Faculté de Paris en 1881 par un élève de notre collègue M. Magitot, M. Lévêque, et adoptée complètement par lui, comme il l'a déclaré nettement dans un important mémoire qu'il a publié quelque temps après.

1° Il n'a jamais été établi d'une manière incontestable aucune relation de cause à effet entre la dentition et les accidents qu'on lui attribue;

2° On rencontre dans la science un grand nombre de faits pathologiques de l'enfance auxquels la dentition, d'abord incriminée, a été reconnue parfaitement étrangère;

3° Des expériences directes ayant pour objet des blessures du follicule et du bord gingival chez des chiens nouveau-nés n'ont produit aucun accident dit de dentition;

4° Il est reconnu que les phénomènes morbides observés dans le premier âge chez les animaux domestiques et tout à fait comparables aux accidents de l'enfance chez l'homme, sont absolument indépendants de la dentition ;

5° La théorie des accidents dits de dentition ne nous paraît basée jusqu'à présent sur aucune preuve absolue ;

6° Les accidents considérés, chez le nouveau-né comme étant sous la dépendance de la dentition doivent, selon nous, être rattachés à un ensemble de phénomènes mal connus encore et que l'on pourrait désigner par un terme général ne préjugeant rien : accidents ou maladies de l'évolution ou du premier âge.

On peut admettre avec Magitot, Comby, Politzer, Fleischmann, Kassowitz, et la plupart des médecins d'enfants, que jamais l'évolution dentaire chez un enfant bien constitué ne produit de convulsions.

Mais il existe souvent des convulsions pendant les deux premières années de la vie. A quoi les rattacher? C'est là le difficile. Au point de vue étiologique on peut, il me semble, les diviser aujourd'hui en deux groupes :

1° Celles dont la cause est connue ;

2° Celles dont la cause est inconnue.

Séance du 12 juillet.

M. Magitot : L'expression « de l'*hystérie chez les nouveau-nés* » n'est autre qu'un mode d'interprétation (admis par M. Chaumier), pour expliquer un groupe d'accidents infantiles attribués communément à la dentition. L'auteur le déclare expressément au début de son mémoire en rappelant d'ailleurs un autre travail présenté par lui au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Grenoble, en 1885. Ce dernier travail avait pour titre : *Des maladies dites de dentition* et l'auteur y protestait contre cette opinion courante qui rattache presque toutes les formes d'accidents infantiles à cette cause unique et constante : l'*évolution des premières dents*.

L'auteur s'est proposé d'établir que les manifestations convulsives du premier âge, l'éclampsie et toutes ses variétés, appartiennent à l'hystérie.

C'est donc bien effectivement la question des accidents ou des maladies *dites de dentition* qui se trouve posée devant l'Académie, et ainsi j'ai cru devoir présenter à cette tribune les observations qui vont suivre.

Il y a, en effet, un certain nombre d'années, dès 1881, que je me suis efforcé de démontrer, par une série d'observations cliniques et même d'expériences, que la première dentition, si communément invoquée dans l'explication des affections les plus diverses de la première enfance, devait être considérée comme leur étant absolument étrangère.

M. Ollivier, d'accord avec M. Chaumier, rejette absolument des accidents de la dentition toutes les maladies convulsives de la première enfance, c'est-à-dire l'éclampsie, puisqu'ils les rattachent tous les deux à cette autre entité morbide, l'hystérie.

Ce problème de l'éclampsie infantile a passé, il faut l'avouer, par bien des vicissitudes et reste peut-être l'une des plus obscures des maladies du premier âge. Tandis que la plupart des auteurs l'attribuent à la dentition, d'autres accusent l'éclampsie de produire à son tour sur le système dentaire des perturbations profondes de la nutrition qui laisseraient même à leur suite des traces indélébiles. Ce sont ces lésions qui ont rattachées, à tort suivant nous, aux manifestations de l'hérédo-syphilis. La théorie d'Hutchinson, adoptée par Parrot et par M. Fournier, repose précisément sur ces faits.

Mais ce n'est pas l'éclampsie qui compose, comme on sait, le tableau pathologique de la première dentition ; on y trouve toutes les maladies du premier âge. Elles sont du reste classées et divisées avec la plus grande méthode, et la dentition y est représentée comme l'une des périodes les plus critiques de la vie :

D'abord des accidents locaux : salivation, rougeurs, gonflements et une foule de manifestations spéciales, des aphtes, la stomatite ulcéreuse, ulcéro-membraneuse, pultacée, couenneuse, etc., affections dont la nature bacillaire et infectieuse ne se concilie guère avec la pathogénie qu'on leur suppose.

Ce sont ensuite des troubles sympathiques ; la fièvre, car on décrit une *fièvre de dentition* tout comme une *fièvre de lait* ; des fluxions vers les muqueuses respiratoires ou intestinales, etc.

Et puis toute la série des dermatoses (dites de dentition).

Leur description se trouve d'ailleurs tracée déjà tout entière dans les livres hippocratiques et s'est répétée ainsi de proche en proche jusqu'à nos jours.

Bien plus, l'hypothèse a rencontré dans ces derniers siècles l'appui d'autorités considérables. Hunter, par exemple, est certainement l'auteur qui, par le prestige de son nom, lui a donné le plus de poids aux yeux de ses contemporains et de ses successeurs, et tous les traités des maladies des enfants ont depuis lors reproduit et développé sa doctrine. Ainsi professent Joseph Franck, Rilliet et Barthez, Dugès, Billard, Charles West, Guersant, Royer, Valleix, Baumes (de Montpellier), les auteurs du *Compendium*, Fonssagrives, Bouchut et jusqu'aux plus récentes de nos encyclopédies et de nos livre classsiques.

Quant aux raisons que donnent ces auteurs pour accepter cette causalité, elles ne reposent que sur de simples expédients : Ainsi les uns, comme Guersant et Monneret, invoquent les phénomènes de congestion céphalique sous l'influence de l'éruption : d'autres accusent l'inflammation des gencives comme point de départ, bien qu'aucune observation ne puisse permettre de vérifier le fait; d'autres enfin le simple *prurit de dentition*, qui serait l'occasion de phénomènes réflexes.

Quelle que soit la facilité avec laquelle les autres réflexes apparaissent chez l'enfant, nous sommes cependant en droit de réclamer pour leur production une lésion initiale si légère qu'elle soit.

De telles hypothèses sont en réalité bien faibles ou bien invraisemblables. Nous ne nous arrêterons pas à discuter et nous bornerons à citer quelques faits sur lesquels s'appuient non seulement nos doutes sur la réalité des accidents *dits* de première dentition, mais notre conviction que ceux-ci sont attribuables à une tout autre cause.

Or nous rappellerons d'abord que le plus grand nombre des observations publiées par les auteurs même les plus convaincus sont impuissantes à établir rigoureusement la relation de cause à effet entre l'éruption d'une dent et l'accident qu'on lui attribue.

Nos recherches personnelles, dont les résultats ont été acceptés par

M. Lévêque dans une thèse rappelée par M. Ollivier puis dans un mémoire de M. Comby paru en 1889 dans les *Archives de médecine* et enfin dans le rapport qui vous a été lu à cette tribune et où M. Ollivier accepte et reproduit nos conclusions personnelles.

Assurément, disions-nous, il y a fréquemment contemporanéité entre cette période de la première éruption, qui s'étend aux trois premières années, et les perturbations morbides qui ont été signalées ; mais contemporanéité n'implique par causalité, et il ne faut pas perdre de vue qu'à cette même époque de la première enfance, il est bien d'autres organes que les dents qui poursuivent ou achèvent leur évolution. Pourquoi ne les a-t-on pas incriminés au même titre que les dents ? C'est que l'éruption dentaire est un phénomène extérieur et visible et que, à quelque moment qu'on observe un enfant, il y a toujours une dent qui va sortir ou qui vient d'apparaître au dehors ; le médecin, aussi bien que les parents eux-mêmes, trouvent ainsi là une explication toute prête et qui n'oblige à aucune autre recherche, à aucun autre examen.

Les objections les plus sérieuses ne se présentent même pas à l'esprit ainsi :

1° Pourquoi ces accidents seraient-ils exclusifs à cette première phase, alors qu'au point de vue physiologique elle est évidemment bien moins susceptible de produire des désordres locaux, puisque les premières dents apparaissent sans traumatisme d'aucune sorte sur des gencives vierges et entièrement libres de tout obstacle [1] ?

2° Comment établira-t on cette intervention lorsque des accidents ordinairement attribués à la première dentition se produisent soit avant l'apparition, soit après l'achèvement complet de celle-ci ?

3° Comment expliquer que des lésions très souvent observées, et plus ou moins graves des follicules en voie d'éruption (abcès, hématocèle, ectopie, etc.), n'ont jamais été cause d'accidents dits de dentition ?

4° Comment expliquer que des expériences faites sur les animaux, blessures des follicules, lésions de la gencive, etc., n'ont pas produit les mêmes accidents ?

5° Comment rattache-t-on à la dentition les troubles morbides qu'on observe dans le premier âge chez beaucoup d'animaux domestiques, accidents qui sont en tous points analogues à ceux de l'homme, alors que l'éruption des premières dents est achevée et y est conséquemment tout à fait étrangère ?

---

1. Cette absence complète de traumatisme est un fait surabondamment démontré, contrairement à l'opinion générale des auteurs qui supposant que la dent, pour franchir la couche de muqueuse, exerce sur celle-ci une pression, une blessure même qui est contraire à toute observation physiologique La sortie lente et progressive de la couronne s'effectue ainsi par le fait de la formation de la racine et par la résorption concomitante du tissu général. On n'observe ni rougeur, ni déchirure, et les enfants ne souffrent point réellement des dents, ainsi qu'on s'accorde à le croire. La salivation qui se constate assez souvent chez les nouveau-nés n'est pas non plus nécessairement liée à ce phénomène et se rencontre d'ailleurs à toute autre époque que celle de l'éruption.

Trousseau prévoyait l'objection quand il se disait, pour expliquer les maladies de dentition, qu'on ne devait pas s'étonner de voir des accidents survenir chez l'enfant à l'occasion des premières dents, puisque l'éruption des dernières, ou dents de sagesse, en cause de si fréquentes et de si graves parfois chez l'adulte. Cette explication est sans valeur aucune, car nulle assimilation n'est admissible entre les phénomènes qui caractérisent la sortie des dents de sagesse et l'éruption des premières dents.

Ajoutons à cette conclusion une autre remarque, c'est que dans la pathologie vétérinaire il n'existe pas de classe d'affections du premier âge rattachées à la dentition.

Voici, du reste un résumé des expériences qui ont été entreprises en 1872 au laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine :

Exp. I. — Sur un chien de deux mois, allaité par sa mère, nous pratiquons sur le bord alvéolaire inférieur gauche diverses piqûres avec une aiguille. Ces piqûres pénètrent dans plusieurs follicules de molaires, mais sans laisser écouler au dehors plus de quelques gouttelettes de sang. L'animal est remis à sa niche et devient l'objet d'une observation continue. Aucun accident apparent ne se manifeste dans l'état général. Les jours suivants, on observe une certaine congestion de la muqueuse correspondante. Plus tard, au moment de l'éruption des dents du côté opposé, celles qui ont été blessées ne paraissent pas.

Exp. II. — Sur un autre chien de la même portée que le précédent nous pratiquons avec des ciseaux courbes l'excision d'un lambeau de muqueuse au niveau de la région molaire, sur la partie saillante du bourrelet gingival.

Cette excision pénètre jusqu'au niveau des follicules où l'instrument rencontre les pointes de chapeaux de dentine déjà engagés dans la muqueuse. L'animal, observé avec la plus grande rigueur, ne présente à la suite de cette mutilation aucun accident de santé.

Exp. III. — Sur un troisième chien, également de la même portée, nous pratiquons, au moyen du galvano-cautère, une cautérisation portant sur toute l'épaisseur de la muqueuse dans la région molaire. La même surveillance, exercée avec la même attention, ne permet de reconnaître aucune apparition d'accidents quelconques.

Nous ne prolongerons pas davantage cette argumentation qui a d'ailleurs été exposée, mieux que nous ne saurions le faire, par M. Ollivier.

Exprimons un vœu et voici en quels termes :

« Nous souhaitons que la classe des maladies dites de la dentition chez l'homme soit définitivement rayée du cadre de la nosologie médicale. »

Séance du 9 août.

M. Pamard : Dans la séance du 12 juillet, M. Magitot a apporté à cette tribune le vœu suivant : « Nous souhaitons que la classe *des maladies dites de la dentition* chez l'homme soit définitivement rayée du cadre de la nosologie médicale. »

A l'appui de son vœu, mon honorable ami apporte des considérations historiques et philosophiques, qui ne m'ont pas convaincu : je puis en dire autant des trois expériences qu'il a apportées à l'appui de sa thèse, expériences dans lesquelles il ne fait pas autre chose qu'arrêter le travail de la dentition chez de jeunes chiens, en détruisant par des procédés variés des follicules dentaires.

Je ne saurais, pour ma part, établir une comparaison même éloignée entre les phénomènes résultant de ce traumatisme expérimental, et ceux causés chez les enfants du premier âge par le travail de la dentition.

Je n'ai pas été convaincu davantage par le rapport de M. Ollivier, lu dans la séance du 28 juin, rapport dont les tendances se rapprochent de celles de M. Magitot, mais où les affirmations sont beaucoup moins absolues.

Mes convictions restent entières : elles sont basées sur l'observation cli-

nique, à qui doit toujours rester le dernier mot. Et c'est en son nom que j'ai cru devoir protester à cette tribune contre des théories, qui me paraissent dangereuses.

C'est en me basant sur une expérience déjà longue et sur des centaines d'observations, que je viens affirmer :

1° *Tout travail de dentition s'accompagne d'un trouble de la santé de l'enfant*, qui s'accuse très nettement sur la courbe du poids des enfants, qui sont pesés régulièrement : elle reste stationnaire, ou le plus souvent s'abaisse pendant toute la période d'évolution dentaire : celle-ci terminée, la courbe reprend son mouvement ascensionnel régulier pendant la période de calme, que la nature prévoyante a placé entre chaque prise dentaire, pour permettre à l'enfant de se refaire avant une nouvelle épreuve.

2° *Dans les climats froids et de même dans la saison froide, tout travail dentaire s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes respiratoires.*

Dans les climats chauds, et de même dans la saison chaude, tout travail dentaire s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes digestifs.

Ces phénomènes, vous les observez chez tous les enfants, avec plus ou moins d'intensité : ils sont toujours plus accusés chez ceux qui ne sont pas soumis aux règles d'une bonne hygiène.

Dans la région du sud-est de la France, nos enfants, qui font des dents pendant l'hiver, ont du coryza, de la toux : bien rarement cela va à la bronchite capillaire ou à la broncho-pneumonie. Nous n'en perdons pas ou presque pas. Il n'en est plus de même pendant l'été ; je vais vous citer des chiffres, qui sont éloquents. J'ai fait la statistique de la mortalité des enfants de un à cinq ans dans l'arrondissement d'Avignon pendant une période de cinq années. Pendant cette période, dans les huit mois frais du 1er octobre au 31 mai, il est mort 1.462 enfants, tandis que nous en avons perdu 1.878 pendant les quatre mois juin, juillet août et septembre, sur lesquels 1.247 dans les deux seuls mois de juillet et d'août.

La cause de cette mortalité vraiment effrayante est la réunion de trois facteurs, la saison chaude, la mauvaise hygiène, c'est-à-dire l'alimentation précoce et la dentition. Dans notre Midi, tout enfant qui fait ses dents dans la saison chaude de l'année est fatalement condamné, si on ne peut lui rendre son alimentation naturelle, le lait. C'est là ce que nous prouve l'observation. Pourquoi les classes aisées perdent-elles très peu de leurs enfants ? C'est qu'elles ont admis de ne les sevrer que lorsque leur dentition est assez avancée ; dans ce but, on les allaite pendant deux étés. Elles ont, de plus, la ressource du changement d'air vers les pays frais ; ce qui m'a conduit à demander l'établissement de sanatorium de montagnes pour nos jeunes enfants.

Dois-je rappeler les effets excellents et souvent immédiats, que produit l'ouverture de la gencive, qui recouvre la dent en voie d'évolution. Le bistouri me paraît inutile, je me sers de l'ongle, qui est moins effrayant ; les mères éclairées par l'expérience, sont les premières à réclamer ce mode d'intervention, qui n'était pas sans leur inspirer tout d'abord quelques appréhensions.

Cette ouverture de la gencive m'a donné souvent d'excellents résultats dans des cas de convulsions, qui étaient manifestement liées à la dentition. Je pourrais notamment vous citer un très beau succès, que j'ai obtenu récemment par ce procédé chez le jeune enfant d'un de nos confrères. Je ne suis pourtant pas aussi affirmatif pour les convulsions : tout en étant convaincu qu'elles sont souvent d'origine dentaire,

j'admets volontiers qu'il peut y en avoir qui soient dues à d'autres causes. Mais je n'irai pas toutefois jusqu'à admettre l'hystérie chez l'enfant.

Je ne sais, messieurs, si j'ai pu faire entrer dans vos esprits un peu de l'ardente conviction qui m'anime, conviction que le temps et l'expérience ont assise dans mon esprit de la façon la plus inébranlable.

Les maladies liées à la dentition chez l'enfant existent avec des caractères, une marche, qui sont bien nets et bien établis.

Le fait a été admis depuis Hippocrate par tous les praticiens qui, de près ou de loin, se sont occupés des maladies de l'enfance. Je suis heureux de ne pas penser autrement qu'eux.

M. Ollivier : M. Pamard nous dit que mon rapport ne l'a pas convaincu j'ai le regret de lui dire que sa communication ne m'a pas convaincu davantage, et je tiens à en donner les raisons.

Je n'ai jamais nié l'existence des maladies de la dentition ; j'ai seulement soutenu que ces maladies sont infiniment plus rares qu'on ne l'admet généralement. Depuis bientôt dix ans que je suis à l'hôpital des Enfants-Malades, il m'est arrivé maintes fois, en examinant avec le plus grand soin les enfants amenés à la consultation pour des maladies de ce genre de constater chez eux une tout autre affection. Il est très commode d'invoquer les accidents de la dentition, mais pour peu qu'on passe en revue les divers organes et appareils, on ne tarde pas à rectifier le diagnostic.

Dans le rapport que j'ai lu à l'Académie sur le travail de M. Chaumier, j'ai eu surtout en vue les accidents observés, au moment de la dentition du côté du système nerveux et notamment les convulsions, et je me suis efforcé de montrer que ces accidents nerveux étaient dus, dans un bon nombre de cas, non à la dentition, mais à l'hystérie, qui peut se montrer même chez les tout jeunes enfants. Si M. Pamard veut s'en convaincre il n'a qu'à me faire l'honneur de venir assister à ma consultation d'hôpital. Il pourra voir aussi que l'évolution dentaire se fait presque sans accident lorsque l'alimentation est exclusivement lactée (de préférence au sein) et donnée régulièrement toutes les deux ou trois heures, tandis qu'il en est tout autrement quand elle est trop souvent répétée, chaque fois par exemple que l'enfant crie, ou que, prématurément, on associe ou on substitue au lait d'autres substances.

M. Le Roy de Méricourt : Je tiens à approuver, absolument, les idées soutenues par M. Pamard ; *je le fais non seulement comme praticien, mais comme père de six enfants et grand-père de dix petits-enfants, élevés et surveillés avec attention, tendresse et expérience.*

Assurément les accidents de la dentition sont une réalité, et pas n'est besoin, pour les expliquer, d'invoquer des vices de nutrition ou l'hystérie, dont je ne saurais admettre l'existence chez les enfants de cet âge.

Je n'en veux pour preuve que l'état florissant de la santé des enfants entre deux poussées dentaires, et cela malgré de légers écarts de régime tandis qu'au contraire leur état maladif apparaît au moment précis de la dentition, malgré les traitements les mieux institués.

Ces accidents ne sont-ils pas analogues à ceux de la parturition, alors qu'une intervention mécanique, des moyens de délivrance rapide, suffisent à tout faire rentrer dans l'ordre ? Il en est de même, chez les enfants, à la suite de l'incision de la gencive.

M. Hérard : Je tiens à protester, avec MM. Pamard et Le Roy de Méricourt, contre les assertions apportées à cette tribune par M. Magitot. *Sans doute on a beaucoup exagéré les accidents de la dentition, mais nier ces accidents c'est nier l'évidence*, et il n'est pas de médecin qui n'ait été à

même d'observer, au moment de l'éruption des dents, de la toux, des vomissements, de la diarrhée, des convulsions.

M. Charpentier : Je me joins bien volontiers à MM. Pamard, Le Roy de Méricourt et Hérard. Il est incontestable que les enfants qui font leurs dents sont exposés à deux sortes d'accidents, soit du côté de l'intestin, soit, par voie réflexe, du côté du cerveau. Que ces accidents soient plus fréquents chez les enfants de femmes hystériques, cela est possible, mais ce n'est pas une raison pour les attribuer à l'hystérie, et surtout pour en faire des accidents propres à cette dernière maladie. Il suffit de se reporter à ce que les adultes souffrent eux-mêmes lorsqu'ils ont mal aux dents, pour comprendre les accidents nerveux qui peuvent être chez l'enfant produits par la dentition.

Il ne faut pas de plus oublier que l'éruption des dents trouble notablement l'alimentation des enfants, et qu'il y a là une cause de plus pour qu'il présente des accidents intestinaux. Nous savons tous l'importance qu'il y a à ce que les tétées d'un enfant soient régulières, et comportent une quantité déterminée de lait. Or l'enfant qui fait ses dents a les gencives grosses, douloureuses, enflammées, de là des difficultés dans son alimentation, difficultés qui entraînent ainsi à leur tour des troubles gastriques puis intestinaux. L'enfant tétant mal, digère mal, de là ces diarrhées si fréquentes au moment de la dentition, et qui constituent si bien une maladie réelle, que l'enfant peut succomber du fait seul de cette diarrhée.

M. Ollivier : Deux questions ont été agitées dans cette courte discussion : les accidents de dentition et l'hystérie infantile. Je n'ai point nié l'existence des premiers, mais j'ai seulement cherché à mettre en garde contre l'opinion qui exagère leur fréquence.

Quant à l'hystérie infantile — à laquelle sont dus un certain nombre d'accidents, dits de dentition, notamment les convulsions — son existence ne me paraît plus faire l'ombre d'un doute. L'Ecole de la Salpêtrière a depuis longtemps signalé l'hystérie chez les enfants ; M. Chaumier (de Tours) en a rapporté d'intéressants exemples que j'ai analysés dans le rapport auquel M. Pamard a fait allusion tout à l'heure. L'année dernière, un de mes élèves, M. le D[r] Burnet, a consacré sa thèse à ce sujet. De mon côté, depuis près de dix ans, j'en ai recueilli bon nombre de cas qui me paraissent indéniables.

M. Peter : Il est évident que le travail de la dentition provoque fatalement du côté de la gencive une hyperhémie qui a pour conséquence la production de phénomènes réflexes variés. L'abondante salivation des enfants dans ces conditions est la première de ces manifestations réflexes ; mais il en est d'autres, telles que l'hypersécrétion du suc gastrique, d'où apparition de vomissements, et l'hypersécrétion du liquide intestinal d'où diarrhée, qui, dans certains cas, peut revêtir le caractère cholériforme et amener la mort.

D'autre part, le travail de la dentition détermine de l'insomnie, et de l'insomnie à l'apparition d'actes convulsifs il n'y a souvent qu'un pas ; ces convulsions peuvent tuer, ce qui ne se rencontre pas d'habitude avec les convulsions hystériques. Ces convulsions peuvent donc se produire sans hystérie, mais je reconnais qu'elles sont plus fréquentes chez les enfants d'hystériques ou surtout d'alcooliques.

Comme contre-épreuve à l'appui de ces opinions, j'invoquerai le résultat immédiat obtenu par l'incision de la gencive qui, en décongestionnant la partie hyperhémiée, fait rapidement cesser les accidents. J'en ai eu, entre autres, la preuve sur l'enfant d'un de nos confrères, à Montbard, dans la Côte-d'Or. Le père, très robuste, comme il arrive dans cette ré-

gion, et la mère, non moins robuste, perdaient la tête auprès de leur enfant, magnifique poupon, qu'une incision cruciale permettant la percée de deux dents, ne tarda pas à guérir de ses convulsions : or, cet enfant est devenu un magnifique jeune homme, qui vient de se marier, et n'est nullement hystérique.

M. Hardy : Je suis de l'avis de M. Ollivier, quand il dit que la fréquence des accidents d'origine dentaire a été fort exagérée ; les nourrices, les mères, ont une grande tendance à rapporter à la dentition tous les accidents qu'elles observent sur leurs enfants ; les médecins, il faut bien le dire, les imitent souvent ; c'est si facile, quand on ne sait à quoi attribuer la maladie d'un enfant, de dire : « C'est bien simple, c'est une dent qui pousse ! »

Mais de là à nier les accidents de la dentition, il y a loin. Il est de pratique courante que l'éruption des dents provoque, outre les convulsions et les troubles gastro-intestinaux, une toux sèche spéciale, une éruption particulière de la face, de forme eczémateuse, etc... Ces accidents s'observent d'ailleurs après la première enfance ; nous avons tous vu, certainement, des accidents nerveux, d'intensité variable, se montrer chez quelques jeunes gens et surtout chez des jeunes filles toutes les fois qu'apparaissait une dent de sagesse ; ces accidents auraient pu être mis sur le compte de l'hystérie ; mais il n'en restait plus trace aussitôt après la percée de la dent.

M. Pamard : Deux mots pour conclure : je suis heureux de constater que la plupart des membres de l'Académie ont une opinion qui se rapproche de la mienne ; et si je n'ai pas eu la bonne fortune de convaincre M. Ollivier, il ne m'a pas convaincu davantage. Je ne dis pas que toutes les maladies des enfants soient causées par la dentition : mais, m'appuyant sur les données fournies par la balance, j'affirme que tout enfant en période d'évolution dentaire, est un malade. Ceux-là seuls, comme l'a si bien dit M. Le Roy de Méricourt, peuvent nier le fait, qui n'ont pas eu d'enfants, ne les ont pas suivis chaque jour et n'ont pas souffert de leurs souffrances. Pendant la saison froide, ils ont l'action réflexe sur les voies pulmonaires, cette petite toux sèche, que vient de décrire M. Hardy et le coryza ; pendant la saison chaude, ce sont les voies digestives qui sont prises, et je ne saurais rien ajouter au tableau que vient d'en donner M. Peter. Lui aussi s'est bien trouvé de l'ouverture des gencives ; et ce n'est pas un moyen à oublier.

Les maladies dites de la dentition ne doivent donc pas disparaître du cadre nosologique : et, pour ma part, je crois toujours à la sagesse du vieux dicton : « Bel enfant jusqu'aux dents ! »

M. Constantin Paul : J'ajouterai que l'éruption de toutes les dents ne provoque pas à un même degré les accidents de la dentition. Les incisives supérieures les provoquent plus souvent que les inférieures, les canines sortent de l'alvéole sans inconvénients ; les petites molaires sont les plus difficiles à percer.

M. Peter : J'ai pu constater que la percée des dents accuse au thermomètre placé dans la bouche, une élévation parfois de près de 2 degrés sur la température normale.

Séance du 16 août.

M. Gibert (du Hâvre), donne connaissance à l'Académie de la note suivante :

J'ai fait une enquête très minutieuse portant sur :

1° Cinq cents enfants nourris au sein ;

2° Mille enfants nourris au biberon ou alimentés avec des soupes (de 0 à 2 ans.)

En voici le résultat :

1° Sur 500 enfants nourris exclusivement au sein, deux seulement ont été atteints d'affections dues, selon toute apparence, à la dentition :

L'un a été pris d'une toux sèche, quinteuse, qui a disparu avec une incision de la gencive d'une incisive médiane supérieure ;

L'autre a eu une convulsion qui ne s'est pas reproduite après l'incision d'une gencive tuméfiée. Stomatite dentaire simple.

Dans ces deux cas, l'action des réflexes était évidente.

Sur ces 500 enfants, pas un cas de diarrhée.

2° Sur 1.000 entants nourris au biberon ou alimentés avec des soupes variées, j'ai observé :

1° 58 cas de stomatite dentaire, dont 24 avec fièvre et 5 avec ulcération localisée à la gencive malade ;

2° 113 cas de stomatite ulcéro-membraneuse, ayant leur point de départ dans l'inflammation gingivale dentaire. Ce chiffre énorme s'explique facilement par le milieu d'observation. La stomatite dentaire simple se compliquait de stomatite ulcéro-membraneuse, grâce à l'indigence et aux insalubres logements des familles qui fréquentent mon dispensaire pour enfants malades.

3° 28 cas de convulsions : 17 garçons, 11 filles. Ces convulsions paraissaient avoir leur point de départ dans la bouche car la stomatite guérie, elles ont cessé ;

4° Pas un seul cas de diarrhée pouvant être attribuée à la dentition.

Il résulte de cette double enquête :

1° Que l'élevage au sein préserve l'enfant d'une façon presque absolue des affections attribuées à la dentition ;

2° Que l'élevage au biberon ou aux soupes prédispose l'enfant aux gingivites et aux accidents d'ordre réflexe qui en sont la conséquence.

La dentition ne se fait bien qu'avec la succion du sein de la mère qui favorise l'usure normale, physiologique de la gencive.

Avec l'alimentation vicieuse du biberon ou des soupes, l'évolution dentaire se fait plus difficilement, il expose l'enfant aux inflammations buccales diverses.

La diarrhée dentaire n'existe pas.

Séance du 23 août.

M. Galippe : Deux opinions également radicales et opposées ont été soutenues devant l'Académie touchant l'existence de ces accidents :

1° Il n'y a point d'accidents de dentition ;

2° Tout travail de dentition provoque des phénomènes pathologiques.

Considérées avec ce caractère absolu, ces deux propositions sont également erronées.

Rationellement, il ne peut pas y avoir d'accidents de dentition tels qu'on les a décrits, attendu que l'évolution dentaire est un phénomène d'ordre physiologique ; les enfants sont faits pour avoir des dents, comme pour avoir des cheveux.

Chez les enfants héréditairement normaux et bien portants l'évolution dentaire se fait sans que ceux-ci en aient la sensation et sans que leur santé en soit aucunement troublée.

Il n'y a pas de raison pour accuser la première dentition d'apporter tant de troubles dans l'économie, alors que nous voyons la seconde s'opérer à l'insu des intéressés.

Sans vouloir entrer ici dans des considérations d'ordre sociologique, nous admettons comme démontré, que sous l'influence de facteurs divers et accumulés, notre race s'est abâtardie et que physiquement au moins nous ne valons point nos aucêtres.

Le nombre des dégénérés va chaque jour en croissant. Il résulte de cet état de choses que des esprits superficiels ne considérant que l'apparence des faits, en sont arrivés à rattacher instinctivement certains actes physiologiques à la pathologie et réciproquement. C'est ainsi que nous voyons, non sans protester, la croissance, la dentition, la grossesse, l'accouchement cesser d'appartenir à la physiologie normale pour rentrer dans la pathologie.

On ne saurait trop réagir contre cette tendance, alors même qu'on en arriverait à prouver que l'exception est plus fréquente que la règle.

Pour ce qui regarde la dentition, on peut affirmer qu'un enfant normal (il y en a encore!) n'a pas et ne peut pas avoir d'accident de dentition.

Tout enfant qui, soit pendant cette période présente des phénomènes pathologiques soit du côté de l'appareil digestif ou de l'appareil pulmonaire, à supposer qu'à ce moment précis il ne fasse que des dents et n'accroisse ni son squelette ni aucun de ses autres systèmes, ce n'est pas un enfant normal.

En veut-on une preuve ? Neuf fois sur dix un enfant ayant eu des convulsions soit dans les premiers jours de sa vie, soit pendant son évolution dentaire, présente ou présentera plus tard des anomalies soit du côté de la voûte palatine, soit du côté des arcades maxillaires, soit encore de côté des dents. Il pourra en offrir bien d'autres à l'observation, sur lesquelles je n'ai pas à insister.

Mais, si ces enfants ont eu, par exemple, des accidents convulsifs, ce n'est point parce qu'ils faisaient des dents, mais bien parce qu'ils sont des dégénérés, des nerveux, ou, si on le préfère, des prédisposés et des héréditaires.

J'ai dit, ailleurs, et ma conviction n'a fait que s'affirmer, qu'on n'a pas impunément des anomalies dentaires, parce que l'origine neuro-pathologique de ces stigmates de dégénérescence se retrouve presque constamment.

J'estime que c'est dans cette voie qu'il convient de s'engager pour étudier avec fruit la question des accidents de dentition.

Que ceux qui peuvent observer et suivre de nombreux enfants, s'ils ont constaté chez eux des phénomènes pathologiques graves contemporains de la dentition, les examinent de nouveau, une douzaine d'années après, et ils pourront constater, comme je l'ai fait maintes fois des anomalies plus ou moins accusées, soit du côté de la voûte palatine, des arcades maxillaires ou des dents. Antérieurement ils auront pu remarquer que l'apparition des dents caduques et celle des dents permanentes s'est faite en dehors des règles chronologiques admises traditionnellement.

C'est chose puérile que de mettre tout indistinctement au passif de la dentition, même quand on admet l'action concomitante de la mauvaise hygiène et de la saison chaude. Qu'il me soit permis en terminant de protester une fois de plus contre l'oubli dans lequel on laisse l'étude de ces questions, dans le programme de l'enseignement médical. C'est grâce à ce délaissement que l'on voit des médecins d'ailleurs éminents soutenir, sur ce terrain, les opinions les plus manifestement erronées.

Séance du 30 août.

M. Magitot : Dans l'une des dernières séances à laquelle j'ai le regret de n'avoir pu assister, M. Pamard a entrepris de réfuter une assertion que j'avais cru devoir émettre à cette tribune et par laquelle, me basant sur des observations et des expériences déjà anciennes, je réclamais que « les maladies dites de dentition » fussent rayées du cadre de la nosologie médicale.

C'est cette assertion, si absolue qu'elle paraisse au premier abord, que j'ai à reprendre aujourd'hui, non seulement contre M. Pamard, mais encore contre plusieurs de mes collègues. MM. Le Roy de Méricourt, Hardy, Peter, Charpentier et Constantin Paul, qui se sont ralliés entièrement à l'opinion de M. Pamard. M. Ollivier toutefois me laisse le tribut de son autorité puisque dans un rapport récent sur un travail de M. Chaumier (de Tours), il accepte et reproduit les propres conclusions de notre premier mémoire.

M. Pamard oppose à ma manière de voir deux sortes de raisons. Les unes, ainsi qu'il le dit lui-même, reposent sur une croyance, sur une conviction qu'il déclare ardente, inébranlable. Il ne veut pas penser sur cette question autrement que la plupart des médecins qui, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, croient la première dentition responsable de tous les accidents qui lui ont été attribués Il accepte sincèrement et franchement la tradition ou ce que j'ai appelé la légende. C'est un argument d'ordre sentimental que je ne discuterai pas.

Dans une autre série de raisons, M. Pamard déclare que mes considérations et mes expériences ne l'ont point convaincu et il y oppose plusieurs affirmations telles que celle-ci :

« Tout travail de dentition s'accompagne d'un trouble de la santé de 'enfant. »

Discutons ce point :

Or, si l'on acceptait une telle déclaration, il faudrait admettre que le nouveau-né, pendant une période d'une trentaine de mois, c'est-à-dire de plus de deux années, est un *malade* et que la première dentition, phénomène purement physiologique, se transforme en une période pathologique.

M. Pamard nous parle de crises dentaires séparées par des périodes de calme ; mais l'évolution des premières dents n'est nullement soumise, comme il paraît le croire, à une loi aussi fixe, et si cette évolution obéit à un ordre de succession à peu près constant, rien n'est plus variable que le mode d'éruption : tantôt c'est une pièce qui apparaît isolément, tantôt c'est un groupe de deux ou trois sortant simultanément. Rien n'est à la fois plus irrégulier et plus imprévu.

D'autre part ce n'est pas, je pense, dans l'idée de M. Pamard, le moment précis de l'apparition de la dent qui correspondrait à la genèse des accidents ; le travail préalable et préparatoire à la sortie, c'est-à-dire la progression de la dent dans son alvéole, le soulèvement et la résorption de la muqueuse sont autant d'actes que l'on devrait regarder comme tout aussi importants. Par conséquent, il n'y a pas de poussées dentaires, le travail est constant.

Il est donc exactement vrai que l'enfant, pendant les trois premières années, est en période permanente de dentition et s'il fallait considérer ce travail comme un état morbide le nouveau-né serait, comme nous le disions, un malade, acceptation vraiment inadmissible.

Mais M. Pamard va plus loin et il nous parle du traumatisme qui se produit sur les gencives au moment de la sortie des premières dents.

Nous sommes bien forcé de protester contre une telle allégation.

Il n'y a, au moment de l'éruption, aucun traumatisme des gencives, aucune tuméfaction, aucune rougeur, jamais de déchirure, ni de plaie, ni d'ulcération, ni d'hémorragie. Une résorption lente et progressive amène l'ouverture de la gencive qui livre passage à la couronne sur un terrain d'ailleurs entièrement libre et vierge de tout obstacle.

La théorie traumatique de la dentition n'est donc pas soutenable.

Les phénomènes de l'éruption sont bien connus de tous les observateurs qui les ont suivis de près chez le nouveau-né, et c'est pour les avoir longuement étudiés que nous formulons cette affirmation avec autant d'assurance.

Comment expliquerait-on dès lors l'apparition d'accidents locaux? Comment établira-t-on la production de phénomènes réflexes sans une lésion initiale, si légère qu'elle soit, alors que cette lésion n'existe pas.

Ici se place la critique que M. Pamard fait à nos expériences, mais ces expériences ont eu précisément pour but de répondre à l'opinion courante des auteurs, établissant une relation réflexe entre le traumatisme supposé de la gencive et les accidents observés.

Ces expériences ont été négatives, et c'est là précisément ce qui constitue leur valeur à nos yeux.

Mais à défaut d'expériences directes chez l'homme, il existe dans la science un certain nombre de faits que nous avons rapportés et qui ont toute la valeur d'expériences véritables. Ce sont des cas signalés par MM. Guéniot, Masse et nous-même et dans lesquels des lésions pathologiques de follicules, hématocèles, abcès, ectopie n'ont été chez des enfants nouveau-nés l'occasion d'aucun trouble réflexe.

M. Pamard, au cours de ses observations, nous fait remarquer que les accidents de dentition prendraient pendant l'hiver la physionomie catarrhale et, pendant la saison chaude, la forme intestinale. J'ai bien peur que mon excellent ami, sous l'empire de sa conviction préconçue, n'ait attribué à la dentition ce qui était le résultat pur et simple des influences saisonnières et banales que l'enfant nouveau-né subit tout aussi bien et mieux encore que l'adulte.

Mais enfin, pourquoi donc attribuer à la dentition exclusivement tous ces phénomènes morbides de la première enfance ? N'y a-t-il pas chez le nouveau-né, et à la même époque, bien d'autres appareils ou d'autres organes qui évoluent et ne serait-on pas autorisé à décrire avec autant de vraisemblance le cadre pathologique de l'évolution des glandes, des parenchymes, etc.

MM. Le Roy de Méricourt, Hérard, Charpentier, Hardy et Constantin Paul apportent en faveur de la thèse de M. Pamard l'appui de leur haute expérience, tout en reconnaissant cependant qu'il y a certaines exagérations dans les théories des maladies de la dentition. Nous voudrions pouvoir nous incliner devant leur autorité, mais il faudrait pour cela que leurs affirmations fussent appuyées sur des faits irrécusables dans lesquels serait mise en lumière d'une façon indéniable la relation de causalité entre un accident pathologique observé et une lésion locale des gencives dont je conteste l'existence.

MM. Hardy et Charpentier rappellent les souffrances que font éprouver les dents chez l'adulte pour expliquer les douleurs du nouveau-né au moment de l'éruption des premières dents. C'était la thèse de Trousseau qui comparait les troubles de la première dentition aux accidents de la dent de sagesse.

Nous avons plusieurs fois déjà répondu à cet argument très spécieux au premier abord. Rien n'est moins assimilable aux troubles du premier

âge que les phénomènes de la sortie de la dent de sagesse, lesquels reposent sur une pathogénie spéciale où interviennent à la fois des circonstances de compression, des phénomènes inflammatoires et des éléments infectieux. Insister sur ce point nous entraînerait trop loin ; c'est une cause jugée depuis les nombreux travaux publiés sur les accidents de la dent de sagesse.

Que dire maintenant de l'incision des gencives dans les accidents dits de dentition ?

MM. Le Roy de Méricourt, Pamard et Peter en sont partisans résolus et convaincus. Ils citent des observations dans lesquelles l'ouverture de la gencive a sauvé des enfants de convulsions graves. Les exemples sont nombreux depuis la fameuse observation de Lemonnier, faisant revivre par ce moyen un enfant déjà enveloppé de son suaire, jusqu'aux faits actuels que nous apportent nos collègues.

Eh bien, s'il nous fallait formuler une opinion sur les quasi-résurrections d'enfants en état convulsif ou cataleptique, nous nous rallierions à l'opinion défendue par MM. Ollivier et Chaumier et par l'Ecole de la Salpêtrière pour classer ces enfants dans la catégorie des hystériques en demandant, toutefois, qu'on veuille bien, à l'occasion, substituer au traumatisme chirurgical des gencives une autre intervention un peu plus inoffensive peut-être et portant sur un point quelconque du tégument extérieur, incision légère de la peau, par exemple, cautérisations ponctuées sur la nuque ou la région dorsale, flagellations, etc. Il y a bien des chances pour que l'attaque hystériforme disparaisse de la même manière.

Enfin, Messieurs, il est un dernier argument que je désire vous présenter à l'appui de ma thèse. Je l'emprunterai à la pathologie comparée, car, vous l'admettrez comme moi, en matière de pathologie générale, nous n'avons plus le droit d'isoler l'homme des animaux soumis à notre observation.

Or les animaux domestiques présentent, eux aussi, comme on sait, pendant le premier âge, des accidents d'ordre varié, absolument comparables à ceux qui s'observent chez le nouveau-né, affectant les trois formes catarrhale, intestinale, nerveuse.

A-t-on invoqué dans leur production la première dentition ? On n'a pas pu y songer, car à l'époque ordinaire où les accidents se produisent la dentition est depuis longtemps achevée.

J'en appelle à nos collègues de la section vétérinaire. Connaissent-ils des accidents de dentition chez les animaux domestiques? Leurs livres en contiennent-ils la description ?

L'observation du premier âge chez l'homme et chez les animaux montre donc qu'il existe dans cette période des troubles divers, dont la pathogénie est encore peu connue, troubles qui sont peut-être d'ordre purement banal et accidentel, que certains auteurs, comme M. Gibert, attribuent simplement à la mauvaise hygiène et à une alimentation défectueuse, que d'autres rattachent à l'hystérie, comme M. Ollivier, d'autres, comme M. Galippe, à une tare héréditaire de dégénérescence. Ce sont ces troubles qui traversent avec une intensité variable cette première phase de l'évolution générale.

Mais venir, empiriquement, les attribuer exclusivement à l'un des actes physiologiques de cette évolution même, c'est-à-dire à la première dentition, c'est là une conception à la fois inadmissible en théorie et dont la démonstration ne repose jusqu'à présent sur aucune observation rigoureuse.

Nos collègues trouvent notre doctrine dangereuse; c'est exactement le

reproche que j'ai adressé à la théorie des *maladies de la dentition*, dont le danger est précisément de couvrir d'une étiquette illusoire des états pathologiques de l'enfance dont on peut méconnaître ainsi l'importance et la gravité.

M. Charpentier : M. Magitot confond l'évolution dentaire avec l'éruption dentaire, la sortie de la dent. Tandis que le premier de ces phénomènes est et reste purement physiologique, le second, s'il rencontre quelques difficultés, peut devenir pathologique. Il suffit de mettre le doigt dans la bouche du nouveau-né pour constater la tuméfaction des gencives, leur gonflement. Il y a élévation de la température constatable au thermomètre; la bouche est douloureuse. Rien d'étonnant à ce que cette éruption, cette sortie de la dent, retentisse sur toute l'économie de l'enfant et détermine des accidents du côté du tube digestif ou du cerveau, accidents que l'incision de la gencive supprime en général. Il n'y a peut-être pas de maladies de la dentition, mais il existe certainement des accidents qui se montrent à l'occasion de la dentition.

M. Magitot : M. Charpentier s'efforce de distinguer dans le travail d'éruption des premières dents les phénomènes de formation et la sortie proprement dite. C'est cette dernière qui serait, dans sa pensée, la cause essentielle des accidents. Mais je me suis attaché à établir que le fait même de la sortie d'une dent au travers de la gencive ne saurait être incriminé ni plus ni moins que les autres actes de l'éruption de la dent hors des mâchoires. J'ai insisté pour démontrer que cette sortie ne s'accompagnait d'aucun traumatisme, d'aucune déchirure, d'aucune plaie, d'aucune hémorragie. Ce dernier acte, l'éruption au dehors, est peut-être le plus insignifiant de ceux qui composent les phénomènes de la dentition, lesquels constituent, pendant les trois premières années, une série non interrompue d'actes physiologiques. Les accuser de produire tant de désordres est donc inadmissible. J'ai, d'ailleurs, dans ma communication, résumé tous les arguments qui s'adressent aux objections que formule M. Charpentier.

Et puis pourquoi incriminer la première dentition des accidents du premier âge? pourquoi ne pas les attribuer à d'autres évolutions, celle des glandes, des parenchymes, la descente du testicule, que sais-je encore ?

M. Charpentier : M. Magitot nous dit que les phénomènes physiologiques ne peuvent ni ne doivent s'accompagner d'accidents, et parmi les exemples qu'il cite il choisit la descente des testicules. Son argument me paraît pécher directement par la base, car si la descente des testicules s'effectue sans accidents dans la majorité des cas, dans d'autres, au contraire, cette descente s'accompagne d'accidents très graves.

M. Le Roy de Méricourt : Je maintiens l'opinion que j'ai précédemment formulée. On a certainement exagéré beaucoup la fréquence des accidents de la dentition, mais ceux-ci n'en existent pas moins, car au moment de la dentition les enfants souffrent et, la dentition terminée, ils cessent de souffrir. En tout cas je ne saurais admettre, quand on les constate, qu'on exonère la dentition pour incriminer l'hystérie, ainsi que cela a été tenté. Une fois la période de dentition terminée, ces mêmes enfants que vous avez considérés comme hystériques ne présentent plus d'accidents qu'on puisse attribuer à cette névrose.

M. Magitot : M. Le Roy de Méricourt nous dit qu'il y a certainement des exagérations dans la théorie qui attribue à la première dentition les accidents du premier âge. Je lui demanderai où finit la réalité et où commence l'exagération. S'il existe des accidents incontestablement dus à la dentition, quels sont-ils? Pour moi je continue à leur opposer

une incrédulité absolue. Il n'y a pas d'accidents de dentition. Il y a des enfants malades pendant les premiers temps de la vie et durant la période de dentition. Mais c'est ailleurs que dans cette période purement physiologique qu'il faut en rechercher la cause. Et la preuve c'est que, de l'avis de beaucoup de nos collègues, MM. Ollivier, Gibert, du Havre, tout enfant allaité par sa mère et en bon état de santé n'en présente jamais. L'enfant nouveau-né fait ses dents comme il fait ses autres organes, ses glandes, ses muscles, etc., et il y aurait autant de raisons, je le répète, pour attribuer à ces formations diverses les phénomènes morbides qu'on rattache empiriquement à la dentition.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 juillet 1892

NOUVELLE SOUFFLERIE POUR CHALUMEAU

M. Joliot présente un appareil pouvant s'adapter à tous les chalumeaux à gaz et permettant de développer une très grande force comme soufflet.

M. Francis Jean. — Quel avantage présente cette soufflerie sur celle de Fletcher ?

M. Joliot. — Elle ne nécessite aucun mouvement du corps.

M. Gillard. — Le mouvement qu'elle cause est insignifiant, un léger mouvement du pied suffit.

PERTE DE NEUF DENTS A LA SUITE D'UN TRAUMATISME

M. Francis Jean. — J'ai été consulté pour un enfant de 3 ans chez lequel manquaient les huit dents antérieures de la mâchoire inférieure, il ne restait plus que les deux dernières molaires. A la mâchoire supérieure, l'enfant avait toutes ses dents, la molaire droite très mobile ainsi qu'un séquestre dans lequel cette dent était contenue.

Cet enfant, qui a eu la rougeole et la scarlatine il y a un an, a eu en octobre dernier une angine couenneuse. L'enfant ne voulant pas ouvrir la bouche pour faire les badigeonnages et pulvérisations nécessaires, le médecin traitant employa pour écarter les mâchoires le cône de bois à vis, mais la violence des efforts occasionna une déchirure de la lèvre inférieure dont l'enfant porte la trace, la luxation de toutes les dents de la mâchoire inférieure à l'exception des deux dernières molaires et des fractures du bord alvéolaire inférieur, enfin fracture du bord alvéolaire au niveau de la molaire supérieure droite.

Quand l'enfant me fut présenté, la bouche était guérie, à l'excep-

tion de la molaire supérieure droite que j'enlevai ainsi que le séquestre ; le sinus n'était pas intéressé.

Je ne serais pas surpris qu'il y ait eu en même temps luxation de la mâchoire inférieure.

La question intéressante est celle-ci : quel sera l'avenir de cet enfant au point de vue des dents permanentes ? il y aura-t-il absence ou anomalie de celles-ci ? Je vous tiendrai au courant de ce qui se produira.

M. Barrié. — Tout dépend de l'étendue des séquestres.

M. Loup. — A 3 ans, les germes sont encore inclus à une assez grande profondeur, je ne crois pas qu'ils aient disparu.

RECONSTITUTION DES DENTS A L'AIDE DE COURONNES D'OR PARTIELLES

M. Barrié offre au musée des spécimens d'un procédé particulier de couronnes d'or.

M. Francis Jean. — Le côte original du procédé réside dans le moyen de rétention autour de la cavité.

ÉTIOLOGIE DES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LA DENT DE SAGESSE

M. Loup. — La question des accidents de dents de sagesse a fait l'objet de nombreuses études intéressantes.

Comme le dit Magitot, l'époque critique de la dentition est l'éruption de la 3e grosse molaire ; il ne s'agit, bien entendu, que des dents de sagesse inférieures, la supérieure évoluant toujours normalement.

Jusqu'à la dent de douze ans, l'éruption des dents se fait sans désordres sérieux parce que toutes ces dents ont un emplacement suffisant.

Lorsque l'éruption de la 2e grosse molaire est terminée, le bord postérieur de cette dent est en contact avec le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur et si cet os se densifie sans s'accroître, la dent de sagesse éprouvera de la difficulté à faire son éruption. Pour Magitot, ce serait dû à la lenteur d'évolution de cette dent, qui n'imprimerait plus au maxillaire l'impulsion physiologique nécessaire à son développement.

Nous ne pensons pas que l'on puisse toujours invoquer le manque de place pour expliquer les accidents; nous posons en principe que tout germe doit s'accroître et se développer d'après une direction diamétralement opposée au point qui lui servira d'attache de nutrition.

Les accidents les plus sérieux ne dérivent pas du manque de place mais d'une anomalie de direction du germe, qui, sous une influence inconnue, se dirige horizontalement, et en s'accroissant presse, par sa face triturante contre, la 2e grosse molaire.

Une dent qui évolue verticalement ne déterminera pas d'accident ; il n'en sera plus de même si elle évolue horizontalement. Le manque de place pourra être un obstacle pour la première, pour la seconde le manque de place n'est pour rien dans les accidents.

C'est ce qui nous fait diviser les accidents en :

1° Accidents légers (cause mécanique) ; 2° accidents graves (anomalie de direction du follicule).

Les accidents légers cèdent à des scarifications ou des bains émollients, en tout cas on peut pratiquer leur extraction sans sacrifier la 2e grosse molaire.

Dans les accidents graves, il faudra sacrifier la 2e grosse molaire mais cela ne peut pas arrêter les accidents, car la dent exerce sa pression sur les parties osseuses résistantes. Le pronostic est des plus sérieux.

La position vicieuse préalable du germe est seule cause de la position vicieuse de la dent.

Il arrive parfois qu'à la suite d'accidents de dents de sagesse on observe des nécroses de parties assez étendues du maxillaire inférieur. Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'attendre que ces séquestres soient mobiles pour les enlever, il est préférable de ruginer l'os et comme adjuvant on peut employer le moyen indiqué par le Dr Morris d'Amérique, injection dans le foyer d'une solution d'acide chlorhydrique à 2 ou 3 pour 100. L'os malade est rapidement décalcifié, puis on ajoute à la solution une certaine quantité de pepsine qui digère l'os décalcifié.

Les os vivants n'étant pas attaqués par les acides minéraux, c'est là, croyons-nous, un bon traitement.

M. Joseph. Pour M. Rédier la théorie de Magitot n'est pas juste et les accidents de dent de sagesse seraient de cause septique et infectieuse.

M. Francis Jean. Le cloaque qui se forme favorise l'accumulation.

M. Gillard. Les irrigations d'acide chlorydrique sont préférables à la rugination.

NOUVEAU CLAMPS DE M. DIPPARAGUÈRE

M. Loup. M. Dipparaguère a modifié le clamps de M. Barbe de manière à ce qu'il puisse maintenir des tampons de ouate ce résultat est assuré par de petites aiguillettes fixées aux aillettes. Cette modification est très ingénieuse et permet dans nombre de cas d'éviter la pose de la digue.

M. Barrié. M. Michaëls a montré pendant le congrès de 1889 un clamps analogue.

M. Frantz. Avec le modèle de M. Dipparaguère il n'est pas à craindre que le coton passe au dessus de la dent.

La séance est levée à dix heures un quart.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 5 *juillet* 1892.

CALCUL SALIVAIRE

M. Franchette présente un calcul salivaire qu'il a enlevé du canal de Warthon d'un de ses clients; le calcul était facilement accessible à la sonde et une incision du canal en a permis l'extraction facile.

RAPPORT SUR LA PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ A L'EXPOSITION DE CHICAGO

M. Crignier donne lecture de son rapport sur la participation de la Société odontologique à l'Exposition de Chicago.

Il indique les conditions dans lesquelles se présente l'Exposition, les articles du règlement intéressant les exposants dentistes (voir ce règlement, *Revue internationale d'Odontologie*, 1892, p. 83), la liste du comité français du groupe dans lequel est rangée la prothèse dentaire (*id.*) ; il rappelle qu'aucune charge ne sera imposée aux membres adhérents, une somme importante destinée à cette exposition figurant au budget de l'Association.

Il fait appel à l'initiative des membres de la Société pour la production de pièces intéressantes. Il sera envoyé un délégué pour l'ouverture de l'Exposition.

La Société décide la nomination d'une commission qui sera élue à la prochaine séance, la Société n'étant plus en nombre.

NOUVELLES MATRICES

M. Stopani présente des matrices inventées par M. Kolliker, de Zurich, destinées à faciliter le travail de l'amalgame.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE

Comptes rendus de la Société de Stomatologie de Paris 1888-1889. — *II*, 1890. *III*, 1891. *Au siège de la Société, rue Serpente.*

Ces trois volumes renferment des communications intéressantes sur la science odontologique. Nous citerons entre autres celles de M. Beauregard sur le système dentaire des cétacés, de M. Chabry sur les rapports embryogéniques des deux dentitions, de M. Galippe sur l'anatomie normale et pathologique de l'appareil dentaire de l'éléphant.

La théorie microbienne des affections et des complications d'origine dentaire, y est souvent appuyée de faits et d'inductions non négligeables pour quiconque recherche sincèrement la vérité. Dans cet ordre d'idées, la place d'honneur revient sans contredit à M. Galippe, qui a du reste la part la plus importante dans les communications et les discussions. Il est un adepte convaincu de la théorie microbienne.

Qu'il s'agisse des stomatites, de l'éruption difficile de la dent de sagesse, de la périodontite, de la carie dentaire, pour notre savant confrère c'est du microbe que vient tout le mal ; la toxicité du mer-

cure, les obstacles mécaniques à l'éruption de la dent de sagesse, les prédispositions, les diathèses, l'influence des acides n'existent pas, ou sont relégués au second plan.

Le microbe est devenu le protée de la pathologie. Que n'explique-t-il pas ? les désordres de la maladie et les échecs thérapeutiques. Le microbe sert à condamner toutes les hardiesses opératoires. Il est fatal pour le *bridge work*, pour la dent à pivot elle-même; il n'est pas jusqu'à l'obturation définitive des canaux que ce méchant microbe n'entrave, en condamnant le patient à l'obturation provisoire perpétuelle. Voici ce qu'on lit touchant la dent à pivot.

Lorsqu'une dent est ainsi privée de la couronne, par suite de carie, on a imaginé (*il y a déjà longtemps*) de la remplacer, soit par une couronne en émail, soit par une couronne en métal, or ou platine. Pour fixer cet organe à la racine ou aux racines, on se sert des canaux dans lesquels on introduit des pivots métalliques ou en bois que l'on fixe soit avec un ciment plastique ou un amalgame, soit avec des brins de soie floche (*sic*). Quelle que soit la méthode employée, elle équivaut pour nous à une obturation permanente des canaux, *obturation soumise à tous les aléa dont nous avons parlé.*

Très séduisante en elle-même, cette méthode compte certainement des succès, mais nous estimons que complets ils sont fort rares (*pour qui?*) et le plus souvent peu durables.

Galippe. *Quelques remarques sur la vitalité des microbes de la carie et la thérapeutique générale de cette lésion.* Compte rendu Soc. Stom., p. 153.

L'obturation définitive des canaux n'est pas moins condamnée au nom de la science, et voici ce qu'en pense l'éminent secrétaire général de la Société de Stomatologie.

Nous ne sommes pas moins opposé à la pratique aujourd'hui si répandue parmi les dentistes américains et ceux qui s'inspirent de l'absolutisme de leurs principes. Nous voulons parler de l'obturation définitive des canaux avec des substances inamovibles, alliages métalliques, oxychlorures, pyrophosphates, etc.

Je repousse absolument cette pratique, non point parce qu'elle ne compte pas de succès, mais bien à cause de ses insuccès qui, dans l'espace, ont beaucoup plus d'importance pour nos malades et pour nous.

Je repousse cette pratique parce qu'elle repose sur un principe faux, en vertu duquel on a la prétention (*certainement*), avec les moyens actuellement en usage, de pratiquer une antiseptie absolue et complète. *Pour avoir une pareille prétention, il faut n'avoir jamais examiné une dent cariée au microscope : il faut aussi ne pas tenir compte des enseignements de la clinique.*

Je repousse cette pratique parce qu'elle engage l'avenir d'une façon définitive et qu'en présence de l'incertitude des méthodes et de l'inconstance des résultats, il faut toujours rendre possible une intervention ultérieure.

Galippe, *loc., cit.*, p. 150.

Le succès définitif ne dépend ni du talent de l'opérateur, ni de son expérience, ni de la rigueur des méthodes thérapeutiques employées, mais bien du hasard.

Galippe, *loc., cit.*, p. 152.

Que dites-vous de cela,dentistes des deux mondes ! Vous tous qui de San-Francisco à Broolyn et de Brest à Yokohama, montez des couronnes par centaines, obturez des canaux par milliers. Voyez quels dangers vous courez et quelle préparation professionnelle supérieure les dentistes acquièrent sur les bancs des facultés de médecine.

Voilà ce que c'est de n'avoir jamais examiné une dent cariée au microscope. On cultive le microbe sans le savoir. Les maîtres de la Société de stomatologie le proclament d'une manière non équivoque. Ils sont sûrs de leur science, et vous n'avez qu'à la saluer.

Eh bien non, nous ne nous inclinerons pas, et nous nous permettrons de dire que, même si le microbe est aussi malfaisant, les moyens préconisés pour le combattre ne sont pas des plus rationnels.

Quoi! vous parlez d'antisepsie et vous n'obturez pas vos canaux? Vous parlez d'antisepsie et vous n'appliquez que des dents artificielles montées sur des plaques, sans obturer au préalable vos racines?

Vous parlez d'antisepsie, et vous êtes pour le maintien à perpétuité de petits cloaques dentaires.

Vous allez contre votre but et vous êtes des *microphiles* inconscients.

Vous n'êtes pas de l'école de Lister mais de celle de M. Desprez.

Ah ! vous faites de la science et vous parlez de hasard quand il s'agit de faits, de succès atteignant une proportion de 98 ou 99 pour 0/0. Vous ne voyez pas qu'ils sont le résultat d'une pratique obéissant à certaines règles, — reconnues empiriquement il est vrai, — mais n'en ayant pas moins une valeur indéniable pour un esprit émancipé de la scolastique.

Que venez-vous parler d'antisepsie absolue et complète? Vous savez bien qu'elle n'existe pas chirurgicalement parlant. Cela n'empêche pas les chirurgiens de refermer immédiatement des cavités autrement susceptibles d'infection que les dents, et cela avec sécurité.

Nous opérons sur des organes externes, sur des tissus durs qui n'absorbent pas, qui permettent le contact direct avec des antiseptiques concentrés ; nous employons le mercure, nous employons le feu et nous n'aurions pas raison du microbe ?

On fait l'antisepsie de l'utérus, de la vessie, du rectum, et on ne serait pas capable d'obtenir l'antisepsie de l'alvéole et des canaux dentaires.

Si la stérilisation des cavités n'est pas dans vos mains assez parfaite pour que vous puissiez ensuite obturer sans inquiétude, c'est que vous n'avez pas encore admis la nécessité du merveilleux arsenal du dentiste moderne, qui, plus que l'agent chimique, assure la désinfection et l'asepsie du champ opératoire.

Antiseptique le tour qui rend possible l'excision des tissus altérés, sur des points inaccessibles aux instruments à main ; antiseptique la digue qui isole la dent malade de son milieu infectant ; antisep-

tique la poire à air chaud ; antiseptique le galvano-cautère ; antiseptique enfin la dextérité opératoire qui permet au praticien la désinfection mécanique des cavités, l'exploration des canaux dentaires, sans risque d'infection de l'alvéole. Voilà, joint aux produits microbicides proprement dits, ce qui autorise le dentiste maître de son art, à poser des couronnes, à obturer des canaux et à pouvoir prédire ensuite avec assurance, — elle s'appuie non sur le hasard mais sur une quasi-certitude, — le succès de son traitement.

Certes ces trois volumes ont leur intérêt, tout le monde peut y glaner des observations rédigées avec ordre, présentées avec un talent d'exposition indéniable; des communications de valeur sur l'étiologie et l'anatomie pathologique des maladies des dents, mais ce qu'on y rencontre peu ou point, ce sont des discussions sur la thérapeutique, sur la dentisterie opératoire, sur l'outillage.

Ce sont-là choses mineures et négligeables paraît-il?

Ces comptes rendus suscitent une interrogation dans l'esprit de tous ceux qui ont la préoccupation de l'avenir de l'art dentaire en France.

Les dentistes sont-ils tous destinés à devenir des stomatologistes? ou ces derniers représentent-ils une espèce transitoire? Les Etats-Unis ne la connaissent point, elle disparaît en Angleterre et il est probable qu'il en sera de même en France, surtout quand les effets de la loi nouvelle se seront fait sentir pendant quelques années. Nous ne sommes pas de ceux qui ont appelé cette loi à grands cris, mais pourtant nous n'avons jamais dénié qu'elle hâtera, plus que la liberté, l'unification professionnelle. Si, dans le passé, le dentiste avait eu généralement des notions quelque peu étendues sur la partie médicale de son art, il est certain que la végétation stomatologique n'aurait pas poussé.

Elle n'a eu de raison d'être que par suite de la préparation par trop exclusivement mécanique et opératoire d'un grand nombre d'entre nous.

Que les dentistes se forment désormais par l'éducation de l'esprit et de la main faites concurremment, et l'hybridité médico-dentaire, ne laissera plus qu'un souvenir.

Ceci tuera cela.

P. D.

De l'antisepsie appliquée au traitement des affections parasitaires de la bouche et des dents. Rôle des microorganismes dans ces affections, par le docteur Théodore Thomas. Thèse de Paris, 1891.

Cette thèse est un travail assez important, mais qui a le défaut de ne rien contenir d'original. L'auteur a réuni tous les travaux sur le rôle des microorganismes dans le développement des diverses affections de la bouche et des dents et il donne le résumé de toutes ces théories. Il ne peut donc être fait d'étude critique de cette thèse, car il faudrait faire cette étude pour tous les

auteurs s'étant occupés de bactériologie buccale, Cornil, Vignal, Malassez, Galippe, Miller, etc, etc..

Néanmoins ce travail, par le fait même qu'il est un résumé de nombreux travaux importants, est intéressant à consulter.

En voici les grandes divisions :

I. *Bactéries de la bouche.* — L'auteur fait l'historique de la découverte des microorganismes de la bouche et énumère les principaux microbes pathogènes et non pathogènes que l'on rencontre dans la bouche et indique leur action.

II. *Hygiène buccale et dentaire.* — L'auteur recommande le brossage des dents au savon et le lavage de la bouche avec les solutions d'acide thymique ou de sublimé.

III. *Antisepsie en chirurgie dentaire.* — C'est d'abord une revue des anitseptiques employés en chirurgie dentaire, puis l'étude de la pratique de l'antisepsie : des mains, des instruments, du champ opératoire, avant, pendant et après l'opération.

IV. *Traitement des affections de la muqueuse buccale.* — C'est plutôt l'étude de ces affections elles-mêmes que leur traitement, elles sont classées ainsi :

A. Les gingivo-stomatites septiques, dans lesquelles sont rangées la gingivite tartrique; la gingivo-stomatite aphteuse; la gingivo-stomatite ulcéreuse; les gingivo-stomatites toxiques, stomatite mercurielle, bismuthique, nécrose phosphorée ; la stomatite gangréneuse, noma;

B. Le muguet, affection d'origine non microbienne mais mycosique. Pour l'auteur, adoptant les idées de M. Galippe, la stomatite ulcéro-membraneuse est le type des stomatites septiques, la stomatite mercurielle n'existe pas, c'est une stomatite septique tout simplement ; il en est de même pour les autres stomatites toxiques, qui « s'en rapprochent tellement (de la stomatite mercurielle) que la plupart des auteurs les considèrent comme identiques ou très analogues ».

Il assigne également au noma une origine microbienne. La chose est possible, bien qu'elle ne soit pas prouvée, mais nous pensons que les recherches devraient porter du côté des vaisseaux, cette affection, par sa marche et par sa tendance à se limiter elle-même, affectant bien l'aspect d'une gangrène par oblitération vasculaire, oblitération peut être de cause microbienne.

V. *Traitement des affections de l'appareil dentaire.* — L'auteur étudie successivement la pyorrhée alvéolaire, à laquelle il conserve ce nom ne voulant pas préjuger de la nature de la maladie, et la carie dentaire.

Pour la pyorrhée alvéolaire, il adopte les théories de M. Galippe, origine infectieuse par pénétration de parasites par un décollement de la gencive. Cette affection, dit-il, est contagieuse ; c'est là une chose dont nous ne sommes pas convaincus, la pyorrhée alvéolaire au début ne s'attaquant pas à une série de dents, mais à une ou plusieurs dents n'ayant aucune connexion, une incisive supérieure et une grosse molaire inférieure, par exemple.

Il fait l'historique de la carie dentaire puis son étiologie et indique les microorganismes trouvés dans la carie par Vignal et Galippe et par Miller.

Le traitement de la carie y est exposé assez longuement, il n'y a rien là que des choses connues, l'auteur, et nous l'en félicitons, contrairement à l'opinion de certains *stomatologistes*, déconseille l'emploi de l'acide arsénieux dans la carie du 2e degré; il est grand partisan du coiffage de la pulpe et de la réimplantation.

On trouve à la fin de cette thèse un index bibliographique assez complet. M. R.

Thérapeutique, Matière médicale, Dentisterie opératoire.

I. Méthode du Dr Harlan pour dévitaliser les pulpes. — II. Nouveau moyen d'obturer les ampoules de chlorure d'éthyle. — III. Poudre dentifrice antiseptique. — IV. Une nouvelle préparation boriquée. — V. Un nouveau désinfectant. — VI. La chaleur pour durcir les amalgames. — VII. Nouveau procédé d'anesthésie locale. — VIII. Anesthésie pour l'abcès du sinus. — IX. Désinfection et nettoyage des instruments de chirurgie. — X. Anesthésique dentaire. — XI. Solutions concentrées d'acide borique. — XII. L'antisepsie de la bouche dans la pneumonie buccale.

I. — MÉTHODE DU Dr HARLAN POUR DÉVITALISER LA PULPE

La méthode recommandée par le Dr Harlan est bien digne d'attention, les résultats obtenus ayant donné la plus grande satisfaction.

Il applique une mixture d'arsenic, iodoforme et cocaïne pendant 48 heures, et alors nettoie la cavité avec du fer dyalisé, corrigeant l'influence de l'arsenic en formant un composé insoluble.

Une solution alcoolique de tanin reste dans la cavité pendant huit jours, la pulpe peut alors être facilement extraite et les canaux obturés avec succès.

Journal of British Dental Association.

II. — NOUVEAU MOYEN D'OBTURER LES AMPOULES DE CHLORURE D'ÉTHYLE DU A M. L. FOSSEZ

Voici le moyen dont je me sers depuis longtemps pour fermer hermétiquement les ampoules de chlorure d'éthyle dont le contenu n'a pas été entièrement employé. Ce procédé est, en tous points, préférable aux capuchons de caoutchouc qui ne m'ont jamais donné de bons résultats.

Je place le tube dans un vase rempli d'eau froide ou dans un linge mouillé et, avec le chalumeau, je chauffe l'extrémité effilée du tube jusqu'à ce que ce dernier fonde ; à ce moment-là, je le serre

avec une pince et ensuite, par un trait de lime, j'indique l'endroit où il doit être cassé.

FOSSEZ,
Médecin-dentiste, à Saint-Etienne.

III. — POUDRE DENTIFRICE ANTISEPTIQUE. P. VIGIER

Résorcine	2	grammes.
Salol	4	—
Iris pulv.	40	—
Carbonate de chaux pulv.	8	—
Carmen n. 40	0	gr. 30 cent.
Essence de menthe	X	gouttes.

F. s. a. une poudre dentifrice antiseptique. N. G.

L'*Union Médicale*, 28 novembre 1891.

IV. — JAENICKE. — UNE NOUVELLE PRÉPARATION BORIQUÉE (BORO-BORAX)

L'auteur attire l'attention, pour la pratique chirurgicale, sur le composé qui résulte du mélange de parties égales de borax et d'acide borique, dans l'eau à l'ébullition, et qui présente une grande solubilité. Ce composé ne diffère pas sensiblement de l'acide borique par ses propriétés pharmacologiques et antiseptiques, mais il se distingue surtout de ce dernier par ses caractères physiques. Il présente une réaction neutre et forme des cristaux résistants. A la température ordinaire, l'eau en dissout 16 pour 100 ; à la température du sang, environ 30 pour 100 et à l'ébullition 70 pour 100.

Les solutions saturées à chaud et à froid peuvent être employées avantageusement dans les maladies de l'oreille.

La solution saturée à froid, contenant quatre fois plus de substance active, peut être considérée comme quatre fois plus énergique, au point de vue pharmacologique et antiseptique.

On prépare cette solution en chauffant parties égales de borax et d'acide borique avec de l'eau jusqu'à l'ébullition.

Pharm. Journal, 31 octobre 1891.

V. — UN NOUVEAU DÉSINFECTANT

On a prétendu, il y a un certain temps, que le camphre soumis, à des vapeurs d'acide sulfureux, absorbe une grande quantité de ce gaz et le dégage quand il est exposé dans une pièce chaude. La préparation ainsi obtenue s'appelle thiocamphre ; elle est liquide, se dissout dans l'alcool et peut être employée dans son état naturel. Dans des circonstances ordinaires elle dégage 60 fois son volume d acide sulfureux. C'est là un produit qui peut avoir son emploi dans les chambres de malades pendant et après les maladies contagieuses.

(*The therapeutic analyst.*)

VI. — LA CHALEUR POUR DURCIR LES AMALGAMES

Avant de passer à ce sujet traitant de la manière de durcir rapidement les amalgames, je dois citer un fait que je n'ai jamais vu publié.

Souvent, après en avoir mélangé une grande quantité, un temps plus long est nécessaire pour tasser et remplir la cavité.

De sorte qu'une portion de la matière obturatrice pas encore employée commence à se durcir et devient difficile à manipuler.

J'ai eu recours à un brunissoir chauffé pour lui rendre sa plasticité, avec le résultat invariable que, en réussissant à incorporer l'amalgame, la surface était immédiatement durcie.

Ainsi, je crois pouvoir assurer que la chaleur, pendant l'introduction de l'amalgame, en active le durcissement.

Dr Ottolengui in the Dental Cosmos.

VII. — NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE LOCALE

D'après le Dr Corning, on injecte dans la peau de la région que l'on veut anesthésier, d'abord une solution de cocaïne à 2 ou 3 0/0, puis après avoir retiré la seringue, mais en laissant son aiguille en place, on adapte à cette aiguille une autre seringue remplie de beurre de cacao liquéfié par la chaleur et on injecte ce liquide; enfin on soumet la région aux pulvérisations d'éther. Le refroidissement produit par ces pulvérisations amène la solidification du beurre de cacao injecté dans la peau. La circulation dans les capillaires se trouvant suspendue par suite de cette solidification, la solution de cocaïne n'est pas absorbée, mais reste en place, continuant à agir sur la terminaison des nerfs sensibles et à entretenir ainsi l'anesthésie. Dès qu'on cesse les pulvérisations, le beurre de cacao se liquéfie par la chaleur du corps. L'absorption de beurre de cacao ainsi que celle de la solution de cocaïne commencent alors à se produire et l'anesthésie tend à disparaître. Mais si l'on continue les pulvérisations d'éther sans interruption, on peut faire persister l'anesthésie pendant un temps très long, variant de une à deux heures, surtout lorsqu'on a soin de diminuer la tension de la peau en élevant, par des tractions exercées de la périphérie vers le centre, un pli cutané tout autour de la région anesthésiée.

(*Un. méd. de Can.*)

VIII. — ANESTHÉSIE POUR L'ABCÈS DU SINUS (BARATOUX)

On arrive à ouvrir le sinus maxillaire sans douleur, en ayant soin de badigeonner la gencive avec un mélange de glycérine cocaïnée au 1/10. Quelques minutes après, on projette le jet de chlorure d'éthyle sur la partie préalablement anesthésiée. Nous avons eu recours à ce procédé dans de nombreux cas, même chez les malades très pusillanimes, qui ont déclaré ne ressentir aucune douleur pendant cette opération que nous pratiquons avec le tour des dentistes.

IX. — DÉSINFECTION ET NETTOYAGE DES INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

M. le médecin-major F.-A Maljean vient de publier dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, un mémoire dont les conclusions suivantes intéresseront le praticien.

Le streptococcus pyogenes et le staphylococcus aureus sont détruits en moins d'une minute par l'eau bouillante et en moins d'un quart d'heure par la solution phéniquée froide à 5 0/0. Quand ces microbes sont inclus dans des matières albumineuses desséchées, l'acide phénique devient inefficace, même après trois heures de contact. Les germes de la septicémie gangréneuse et du tétanos résistent aux diverses solutions phéniquées ou crésylées, agissant soit à froid, soit à soixante degrés. Ils ne sont détruits que par les hautes températures.

« Des divers modes d'application de la chaleur, le plus simple est l'eau bouillante » ; les spores septiques et tétaniques succombent en dix minutes, pourvu qu'elles se trouvent en couches minces. Quand ces germes sont protégés par de la rouillé et de l'albumine desséchée, l'ébullition n'agit qu'au bout d'une demi-heure (vibrion septique) et deux heures (bacille du tétanos).

« On rend l'eau deux fois plus efficace en lui incorporant 5 0/0 d'acide phénique » ; mais cette addition reste impuissante contre les couches protectrices.

« Quand l'eau bouillante contient 1 0/0 de carbonate de soude » ou de cristaux de soude, elle dissout la rouille et l'albumine et détruit les spores en quinze minutes (v. septique) et en dix-huit minutes (tétanos). Ce procédé de désinfection est plus rapide et plus pratique que tous les autres ; « mais il ne s'applique qu'aux instruments entièrement métalliques », qui, au point de vue de la transmission des germes, sont de beaucoup les plus dangereux.

Les couteaux, les bistouris et les autres instruments cimentés doivent être désinfectés d'une manière différente : les lames sont stérilisées par un contact de cinq minutes avec la solution phéniquée bouillante. La désinfection des manches s'obtient en immergeant les instruments pendant quinze minutes dans la solution froide. Cette double opération n'assure pas la destruction des germes septiques ou tétaniques qui pourraient adhérer aux manches ; cette lacune n'a d'importance que pour les bistouris fermants et les couteaux quadrillés de l'ancien arsenal ; elle disparaîtra par l'adoption des manches métalliques.

Malgré la dégradation qu'elle fait subir aux instruments tranchants, la désinfection complète par la chaleur s'impose dans certaines circonstances (bistouris et couteaux couverts de sang desséché, opérations en cas de septicémie grangréneuse ou de tétanos, etc.). Il serait donc utile de prévoir les réparations à faire aux montures comme on a déjà prévu le repassage des lames.

La stérilisation par le carbonate de soude n'exige pas le nettoyage préalable. Au contraire, les solutions phéniquées froides ou bouillantes « ne désinfectent que les instruments déjà parfaitement propres ».

Il est très facile d'enlever les souillures fraîches ; le nettoyage devient impossible quand il existe de la rouille et du sang desséché. On évite ce danger en immergeant les instruments au sortir des tissus, dans une solution tiède de carbonate de soude ayant bouilli

pendant dix minutes : elle dissout l'albumine et le sang, et empêche l'oxydation.

Les solutions phéniquées ont l'inconvénient de coaguler les liquides organiques et de produire des couches épaisses susceptibles de protéger les germes.

Les produits albumineux ayant été dissous, le savon et la brosse doivent intervenir pour enlever ce qui reste de caillots et de matières grasses. Les instruments bien essuyés sont alors prêts à subir la désinfection.

X. — ANESTHÉSIQUE DENTAIRE

Chloroforme	12
Teinture d'aconit	12
— de capsicum	4
— de pyrèthre	2
Essence de girofles	2
Camphre	2

Faire dissoudre le camphre dans le chloroforme, ajouter l'essence et, finalement, les teintures.

(Parsons, *Southern Dental Journal* et *National Druggist*, 15 janvier 1892, 25.)

XI. — SOLUTIONS CONCENTRÉES D'ACIDE BORIQUE

Par M. Puaux (2) (*Extrait*).

Nous avons publié, dans notre *Revue des médicaments nouveaux*, un procédé permettant aux pharmaciens de préparer, pour les besoins de leur officine, des solutions d'acide borique contenant une quantité d'acide dépassant les 4 pour 100 que renferment les solutions saturées.

Ce procédé, dû à M. Scholtz, a été l'objet de recherches de la part de M. Mansier, qui a fait connaître, dans les *Archives de pharmacie* (année 1888, page 97), les proportions de magnésie à employer ; l'opération consiste à ajouter au mélange d'acide borique et d'eau, avant de faire bouillir, une quantité de magnésie calcinée qui est de 1 gr. 25 pour toute fraction de 10 grammes d'acide supérieure à la quantité normale de 40 grammes par litre d'eau.

Pendant l'ébullition, il se forme, au sein de la solution, une faible proportion de borate de magnésie, mais personne n'avait expliqué jusqu'ici pourquoi cette petite quantité de borate de magnésie devient capable d'augmenter aussi notablement la solubilité de l'acide borique.

A la suite d'expériences nombreuses et variées, M. Puaux donne l'explication suivante du phénomène : la magnésie forme d'abord un tétraborate de magnésie, dans la solution duquel l'acide borique est plus soluble que dans l'eau ; l'excès d'acide borique produit alors un hexaborate de magnésie, ou bien un hexaborate avec

---

2 *Journal de pharmacie et de chimie* du 1er février 1892.

excès d'acide, selon les proportions de magnésie et d'acide borique en présence.

D'après M. Puaux, on peut obtenir le même résultat en remplaçant la magnésie calcinée par le carbonate de magnésie ; il a préparé une solution stable, de densité = 1.044, de réaction acide, renfermant 100 grammes d'acide borique par litre de solution, en prenant :

Acide borique.........................	100	grammes.
Carbonate de magnésie..................	14	—
Eau...................................	1.000	—

La quantité de carbonate de magnésie ci-dessus employée correspond à 6 gr. 15 de magnésie calcinée, quantité inférieure à celle qui est indiquée dans notre *Revue des médicaments nouveaux.*

M. Puaux est encore parvenu à préparer une solution d'acide borique au cinquième, de densité = 1 088, de réaction acide, en prenant :

Acide borique.........................	200	grammes.
Carbonate de magnésie..................	35	—
Eau...................................	1.000	—

XII. — L'ANTISEPSIE DE LA BOUCHE DANS LA PNEUMONIE GRIPPALE

La *Société de thérapeutique* ayant à son ordre du jour du 10 février cette question, plusieurs membres ont insisté sur l'importance de l'antisepsie de la bouche en des termes intéressants pour les dentistes. Nous extrayons du procès-verbal les passages suivants.

M. Bardet. — J'insiste à mon tour sur la nécessité de pratiquer rigoureusement l'antisepsie buccale et intestinale. Toutes les voies d'introduction du germe morbide doivent être irriguées. L'emploi du sublimé étant fort désagréable en gargarisme et même dangereux, puisqu'on peut en avaler, je recommande de préférence la solution concentrée d'acide borique à chaud et une poudre dentifrice faite avec 50 parties de fleur de soufre, 30 de magnésie calcinée et 10 de naphtol et de menthol, qui a l'avantage de blanchir les dents. Il faut tâcher de faire pénétrer ce mélange jusqu'au collet des dents, sous la gencive, là où des microbes suspects peuvent être introduits de force, sous l'influence de la mastication.

En ajoutant une certaine quantité de glycérine, on obtient une pâte qui sert pour le même objet.

M. Blondel. — J'ai des raisons de croire que le naphtol contribue à rendre les dents cassantes et friables ; il est plus prudent de ne pas s'en servir.

M. Pierre Vigier. — Le gargarisme au sublimé peut avoir l'inconvénient d'être désagréable, mais c'est le seul qui soit vraiment sûr. Il ne s'agit, du reste, de s'en servir que momentanément.

La poudre que M. Bardet recommande n'est guère agréable non plus et on pourrait lui substituer avantageusement un mélange de résorcine, saccharine, carbonate de chaux et acide borique.

M. Huchard. — Je regrette de ne pouvoir réunir l'utile et l'agréa-

ble, lorsque je donne le sublimé en gargarisme, mais je suis sûr de faire au moins quelque chose de beaucoup plus profitable qu'en prescrivant l'acide borique, dont les propriétés microbicides sont mal définies et sûrement peu actives.

Peut-être pourrait-on, en pareil cas, se servir d'eau oxygénée.



NOUVELLES

ÉLECTION DE M. CHEVANDIER AU SÉNAT

M. le D[r] Chevandier, promoteur de la loi sur l'exercice de la médecine, président de la commission chargée de l'examiner, vient d'être nommé sénateur. Etant donné que la dite loi n'a plus besoin que d'un vote confirmatif du Sénat, on peut admettre que M. Chevandier l'obtiendra rapidement de ses collègues, et que l'année 1892 ne s'écoulera pas sans que cette loi soit définitivement votée.

Notre collaborateur M. Blocman vient d'obtenir les palmes d'officier d'Académie. Les longs services de notre ami comme professeur de l'Ecole dentaire et secrétaire général de la société d'Odontologie lui créaient des titres indiscutables à cette distinction.

Nous sommes heureux d'apprendre que notre collaborateur M. Heidé vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Saint-Olaf de Norwège.

Que nos amis Blocman et Heidé reçoivent nos sincères félicitations, ils auront aussi celles de tous ceux qui les ont vus à l'œuvre.

Nous apprenons avec plaisir que notre distingué confrère M. Ch. Delalain, vient d'être nommé, par arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 20 juillet 1892, dentiste suppléant du Théâtre national de l'Opéra.

RETRAITE DE M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

M. Verneuil, président honoraire de l'Ecole Dentaire de Paris, vient de prendre lui-même l'initiative d'une demande de mise à la retraite. On prête à M. Verneuil ce propos, réitéré maintes fois : « Je veux descendre dignement de ma chaire, je ne veux pas en tomber. » Tous ceux qui connaissent l'activité intellectuelle de M. Verneuil regretteront cette décision.

M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'intérieur vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie de médecine. C'est là une acquisition heureuse pour l'Académie.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. H. Dubrac, membre du conseil d'administration de l'Association de l'Ecole odontotechnique, ancien professeur de clinique à l'Ecole odontotechnique et ancien vice-président de la Société odontologique de France.

M. Dubrac avait été membre du comité d'organisation du Congrès Dentaire International et à ce titre, il avait, comme nos confrères, de l'Ecole Dentaire employé son esprit conciliant, et son zèle pour les intérêts généraux de la profession à assurer la publication des comptes rendus du Congrès.

Tous ceux qui ont connu ce distingué confrère déploreront sa perte prématurée.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
Revue odontologique.
L'Art dentaire.
Le Progrès Médical.
La Gazette des Hôpitaux.
Le Bulletin Médical.
Les Connaissances médicales.
La pratique médicale.
Le Journal d'Hygiène.
L'Union médicale.
Gazette de Gynécologie.
Archives de Pharmacie.
L'Avenir Pharmaceutique.
Revue Odontologique de Belgique.
Revue et Archives suisses d'Odontologie.
Annales de la Société d'Odontologie de la Habana.
The Dental Cosmos.
Items of interest.
The Dental Review.
Ohio State Journal of Dental cience.
The British Journal of Dental cience.
The Dental Record.
The Dental Luminary.
The Dental Advertiser.
The Archives of Dentistry.
The Dental Eclectic.
The International Dental journal.
Correspondenzblatt für Zahnhärzte.
Journal für Zahnheilkunde.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.
Zahntechnische Reform.
kandinavish Tidschrift for Tandlaeger.
Monatsschrift des Vereins Deutcher Zahnküntsler.
Vierteljahrsschrift für Zahnhekundlei.

Le gérant : P. Dubois.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A MAJESTÉ.

BIBLIOGRAPHIE ODONTOLOGIQUE

Blocman. — *Rapport des Travaux de la 1re section du Congrès*
Historique de la Société d'odontologie.

P. Dubois. — *Rapport présenté au Cercle des dentistes*, au nom de la commission chargée d'examiner le projet de la Faculté de médecine sur la réglementation de l'exercice de l'Art dentaire. (*Odontologie*, 1882.)

Lois sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des députés.

Rapport présenté au nom de la Commission de l'Association générale des dentistes de France, chargée d'examiner les projets sur l'exercice de la médecine, soumis à la Chambre des députés (Chez Lecrosnier et Babé 1890).

De la constriction permanente des mâchoires (*Odontologie*, 1885).

L'Art dentaire aux Etats-Unis (Berthier, et *Odontologie* 1887-1888.)

Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste. Première partie. Thérapeutique de la carie dentaire, 2e édition. (Lecrosnier 1889.)

P. Dubois, Aubeau et Thomas. — *Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste*, 1re édition (Lecrosnier, 1885).

Ch. Godon. — *La réforme de l'art dentaire* : Projet de fondation à Paris d'une Ecole professionnelle libre de chirurgie et de prothèse dentaires (*Bulletin du Cercle des dentistes de Paris.* — N° 5. — Janvier 1880).......... 1,50

Le Cercle des dentistes de Paris et la Société syndicale de l'art dentaire. Réponse au Dr Stoess (*Bulletin du Cercle des dentistes.* — N° 8. — Août 1882).

Discours comme président du Cercle des dentistes de Paris (*Bulletin du Cercle des dentistes*, février 1881 ; *Odontologie*, juin 1881 et mars 1882).

Rapports annuels de l'Association générale des Dentistes de France et de la Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris, de 1880-81-82-83-84-85-86 87-88-89-90 (*Bulletins du Cercle des dentistes et Odontologie.* 1879-1891).

La Réforme de l'Art dentaire : Etude des projets de réforme en Belgique (*Odontologie*, numéro d'octobre 1886.)................................ 1,50

Les Services dentaires gratuits en France (*Odontologie*, numéro de février 1887.).. 1,50

L'enseignement de l'Art dentaire : Programmes, procédés et méthodes d'enseignement. *Odontologie*, numéros d'août et de septembre 1887. Communication au Congrès médical international de Washington................ 1,50

Reconstitution de l'identité des cadavres par l'examen du système dentaire. (*Odontologie*, juin 1887).

L'Antisepsie du matériel opératoire en chirurgie dentaire : (*Odontologie*, décembre 1889).

L'enseignement de l'Art dentaire : Communication au Congrès dentaire international de Paris, 1889. (Voir comptes rendus 1891)................. 1,50

La situation légale de l'Art dentaire devant la Chambre des députés. (*Bulletin médical et Odontologie*, 1890)...................................... 1,50

L'Ecole dentaire de Paris et son ancien directeur : Réponse au Dr Th. David. — Paris, 1890.

L'exercice de la profession de dentiste doit-il rester libre en France ? Analyse critique de certains points de la loi sur l'exercice de la médecine. 84 p. Paris, 1891.. 1,50

L'organisation de la profession de dentiste en France. Lettre à M. Monod directeur de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur, 48 p. Paris 1892. 1,50

R. Heidé. — *Un exposé comparatif du traitement des divisions de la voûte palatine.*

L'aurification par la rotation. (Méthode Herbst) chez Lecrosnier et Babé.

La reconstitution des dents découronnées. Chez Lecrosnier et Babé.

E. Papot. — *De la prise de l'articulation dans les cas d'absence totale des dents* (*Revue dentaire*, 15 mars 1886).

Richard Chauvin. — *Communication sur la construction d'un appareil de prothèse bucco-facial* (*Bulletin du Cercle des dentistes*, octobre 1879.)

Communication sur l'obturation des dents par des fragments d'émail (*Odontologie*, février 1886).

Communication sur l'or mou comme matière obturatrice (*Odontologie*, juill. 1886.)

Note sur les injections sous-gingivales de cocaïne et les propriétés de cet agent pour calmer les douleurs de la périostite et de la pulpite aiguës (*Odontologie*, mars 1887).

Hygiène de la bouche (*Odontologie*, décembre 1888).

Scellement des tubes pour les dents à pivot (*Odontologie*, avril 1888).

Travaux comparatifs sur la cocaïne synthétique et sur le chlorhydrate de cocaïne dans les opérations dentaires (*Congrès dentaire international*, 1889).

VOL. 1. OCTOBRE 1892 N° 4

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

A NOS LECTEURS

Le programme de la *Revue Internationale d'Odontologie* est exclusif de tout ce qui n'est pas l'Art dentaire lui-même, ou de la politique professionnelle dans ses rapports avec la loi et les pouvoirs publics.

Les discussions sur les groupes et les personnes n'ont pas de place ici.

Attaqués, calomniés, nous sommes dans l'obligation de répondre. Nous répondons; mais c'est dans une publication spéciale que nous adresserons à ceux qui doivent la connaître [1].

Heureux de notre liberté et de notre indépendance et n'étant pas obligés à des publications administratives ou de polémique. Nous entendons en profiter.

Nous ne nous écarterons pas du but visé : Servir notre profession par l'avancement, par la diffusion de la science et de la technique spéciales.

LA RÉDACTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR LE TRAVAIL A PONT. — CRITIQUE DES APPAREILS FIXES. — APPAREILS A PONT MOBILES, APPLICATIONS DIVERSES

Par L. Richard Chauvin,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La dent sans plaque n'est pas une nouveauté; les dentistes de notre génération ont le souvenir de la pièce à bandeau, qui était

1. *La révocation de huit membres du corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris est-elle justifiée*, par P. Dubois. Bureau de la *Revue Internationale d'Odontologie*.

encore d'usage courant, il y a un peu plus de vingt ans. Les préoccupations des dentistes de cette époque étaient les mêmes que les nôtres et, comme nous, ils s'appliquaient à réduire au minimun la gêne qu'occasionne toujours la plaque d'un appareil dentaire Toutefois il y a loin des travaux actuels à la pièce à bandeau de nos devanciers. L'avantage de laisser libre la voûte palatine était bien léger, en égard aux multiples inconvénients qui résultaient de l'usage de cette dernière. La malpropreté, l'usure, les caries du collet, le déchaussement des dents servant de supports, la gingivite consécutive sont des faits encore présents à nos mémoires. De par les notions d'hygiène, de par la nécessité de l'antisepsie, la pièce à bandeau a été abandonnée; mais le besoin auquel elle répondait subsiste toujours. De là la pièce à pont fixée dans la bouche à titre définitif. Le progrès est considérable.

Et cependant est-il physiologique, quelle que soit la perfection des moyens employés, d'immobiliser plusieurs dents ou racines, de supprimer en quelque sorte leurs mouvements individuels? Les inconvénients de cette pratique ne doivent-ils pas se faire sentir à un moment donné? Nombre de praticiens, et des meilleurs, ont vu des travaux de ce genre, supérieurement exécutés, devenir mobiles moins de deux ans après leur installation. N'est-ce pas là un défaut inhérent au système? Les dents supportant ces chefs-d'œuvre de précision se trouvaient entraînées par l'appareil. Ces cas ne sont pas rares et cela s'explique : la dent a son articulation et sa direction propres; elle n'est pas absolument immobile dans son alvéole, ses mouvements, si peu étendus soient-ils, sont empêchés par le scellement, quand deux ou plusieurs dents réunies par un appareil fixe, s'immobilisent réciproquement. De là résulte un changement dans les conditions physiologiques de l'organe, dont les conséquences varieront avec les individus. Une assez longue expérience, une sincérité complète, sont indispensables pour indiquer nettement si le travail à pont fixe peut être employé couramment, ou s'il doit être réservé pour des cas très favorables.

L'appareil inamovible le plus parfait est, à mon avis, le véritable pont, l'appareil de Bing. Il consiste en une forte bande de métal reliant deux dents et servant de surface d'articulation aux dents antagonistes ; le vide sous cette bande permet l'irrigation et le nettoyage antiseptiques.

Donc, au point de vue de la propreté, l'appareil ne soulève que peu de critiques. Il n'en est pas de même du moyen souvent employé par notre distingué confrère, qui consiste à perforer des dents saines pour aider à la rétention de l'appareil,

aussi semble-t-il avoir été abandonné. Dans cet appareil, des coiffes, des colliers entourent les dents; la bande formant le pont, y est soudée et le tout est facilement scellé et retenu en place au moyen de ciment.

Nous le répétons, ce système répond à la plupart des besoins d'hygiène, il assure assez bien les fonctions physiologiques; nous ne lui ferons qu'un reproche, l'immobilisation des dents n'est pas évitée.

Les appareils fixes ont encore un inconvénient pratique, qui n'est pas négligeable; comme ils soutiennent souvent des dents soudées, ils rendent difficile la réparation et une dent cassée, par exemple, devient un accident grave.

MM. Torres et Seigle de Bordeaux ont imaginé, pour parer à cet inconvénient, un procédé des plus ingénieux. Les dents plaquées et rainées en queue d'aronde sont reçues dans des glissières, formées par deux montants soudés sur la monture. Elles peuvent être posées après la fixation de l'appareil et sont retenues au moyen d'une minime quantité de ciment. On comprend que, par ce moyen, si l'on a pris la précaution de préparer un jeu de dents supplémentaire, il ne restera qu'à retirer la plaque devenue inutile et à la remplacer par la dent correspondante de la 2e série. (Voir *Odontologie*, 1891, p. 215.)

D'autre part, le livre d'Evans, *Artificial Crown and Bridge Work*, nous donne les dessins de quelques appareils, construits pour être retirés assez facilement, soit par le praticien, soit par le patient lui-même. Toutes ces tentatives, toutes ces ingénieuses combinaisons, démontrent péremptoirement que les dentistes qui font du travail à pont sont hantés par l'idée de supprimer aussitôt que possible, l'appareil inamovible.

Quant à moi, je suis absolument hostile à la pièce fixe : 1° à cause de l'immobilisation de deux ou plusieurs dents; 2° parce que, malgré toutes les précautions prises, l'antisepsie ne peut être complete.

J'excepte pourtant la dent à pivot, dont je veux dire un mot, parce qu'elle entre dans la catégorie des dents sans plaque. Il y a environ 10 ans, toutes les dents à pivot que je plaçais portaient le pivot Contenau; elles étaient construites pour être retirées. Le patient pouvait seringuer son tube, brosser sa racine et remettre facilement sa dent en place avec un peu d'habitude. Avec quelques personnes exceptionnellement soigneuses, les résultats de cette pratique furent des plus heureux; avec nombre de patients, j'eus des déboires. Ce qui, dans ma pensée, constituait une précaution contre la septicémie et contre l'altération des racines, devint au contraire une cause

d'altération plus rapide, à la suite de nettoyages incomplets. J'acquis la certitude que, pour des dents isolées, ne couvrant que l'espace de la racine qui doit les supporter, le scellement définitif, sans tube, est encore le meilleur procédé. Quelques conditions me paraissent pourtant indispensables, pour mettre la racine à l'abri de la désagrégation et pour que la dent ne serve pas de réceptacle aux détritus buccaux. A part la dent Logan, qui remplit assez bien les conditions requises, voici le procédé que j'emploie le plus couramment : après le moulage de la racine, je découpe une plaquette d'or fin qui couvre complètement le pourtour de celle-ci, j'agrandis le canal dentaire, pour donner au pivot la longueur nécessaire. Celui-ci est en or rigide et peut être d'un diamètre suffisant, le tube n'étant pas employé, un trou percé dans la plaquette, en regard de l'orifice du canal, permet de laisser passer le pivot et de le fixer par un petit paillon de soudure. Ceci se fait sans mettre en plâtre. Après avoir présenté pivot et plaquette, celle-ci est brunie sur la racine et en moule les moindres contours ou dépressions. Sans la déformer, je coule immédiatement, sur toute la surface de cette plaquette, une couche de soudure, destinée à lui donner une résistance qui la met à l'abri des déformations.

La dent ajustée et plaquée est mise en place dans la bouche et retirée pour être soudée. Le pivot est ensuite garni d'aspérités assez saillantes pour pouvoir être retenu facilement par le ciment. J'excave alors assez largement (sans compromettre sa solidité) la racine près de la section, de façon que le ciment, à cet endroit, forme une masse assez volumineuse pour être solide. La couche imperceptible qui fuse par la pression entre la plaquette d'or et la racine suffit à rendre imperméable leurs surfaces de contact. Cette dent terminée se trouve, au point de vue de l'antisepsie et de la facilité du nettoyage, dans les mêmes conditions qu'une dent naturelle, puisqu'elle occupe exactement la même place. Une critique, toujours la même, se pose ; si la dent vient à casser? C'était une des raisons qui m'avaient fait adopter le système amovible. Ici on peut avantageusement mettre en pratique l'invention de M. Torres. En tout cas, comme il ne s'agit pas d'un appareil complet, on peut toujours retirer un pivot après avoir usé la plaquette et enlevé le ciment. Le seul inconvénient est que le travail est à recommencer.

J'ai cru nécessaire de dire incidemment ces quelques mots sur les dents à pivot, mais mon intention est de parler principalement du pont mobile.

Laissant de côté les considérations théoriques, j'examinerai le travail à pont amovible d'après les cas où j'ai pu l'appliquer,

en prenant des cas parmi mes travaux ceux qui sont susceptibles de servir de types et desquels tous les autres peuvent procéder.

Bien que ce travail, comme du reste tous les travaux que nous exécutons en Art dentaire, se dérobe à toute classification logique, je crois que l'on peut noter trois divisions principales dans lesquelles il est possible de comprendre toutes les combinaisons.

1° Pièces à pont mobile supportées exclusivement par des racines : *a*, deux, ou plusieurs dents supportées par un seul pivot ; *b*, plusieurs dents supportées par plusieurs pivots parallèles entre eux ; *c*, plusieurs dents supportées par des pivots parallèles entre eux, avec coiffage des racines ;

2° Pièces à pont mobiles, supportées par une ou deux dents couronnées, préparées parallèlement entre elles.

3° Pièces à pont mobiles, supportées par une couronne et un pivot parallèles entre eux.

a) PIÈCES A PONT SUPPORTÉES EXCLUSIVEMENT PAR DES RACINES, DEUX OU PLUSIEURS DENTS

Le cas le plus favorable pour ce genre d'appareils est sûrement celui-ci : trois dents supportées par un pivot placé dans la racine du milieu. Si les trois racines existent, cette pièce peut être très solidement placée, facilement et régulièrement retirée par le patient lui-même pour être nettoyée. Les tubes employés peuvent être : le tube Contenau, le tube carré, le tube ovale Dubois. Pour le tube Contenau et le tube carré la racine devra être d'un assez grand diamètre pour n'être pas trop affaiblie. La place demandée par un de ces tubes est assez grande, si l'on veut obtenir une certaine résistance du pivot. Il n'en est pas de même du tube Dubois ; la partie allongée de l'ovale étant placée dans le plus grand diamètre de la racine, la partie la plus étroite de celle-ci pourra être moins excavée et garder ainsi une solidité plus grande.

Voici plusieurs cas dans lesquels j'ai employé ce genre d'appareils (avant d'avoir trouvé le moyen pratique d'obtenir le parallélisme des pivots) avec les succès ou insuccès fidèlement notés.

OBSERVATION I

1° Mlle G... Un appareil de quatre dents, vu par MM. Ronnet et Papot en 1885. Cet appareil était encore porté, il y a deux ans environ ; depuis cette époque, j'ai cessé d'avoir des nouvelles de la patiente.

Construction de l'appareil. — Il comprenait les quatre incisives supérieures ; la racine choisie pour le supporter fut celle de la grande incisive gauche, moins altérée que la droite. Trois racines existaient, seule la petite incisive droite avait été arrachée. Les petites incisives furent ajustées un peu à cheval sur les canines pour l'extérieur. A l'intérieur, un demi-jonc faisant intégralement partie de la plaquette base, faisait un léger retour

sur la partie déclive de chaque canine. En résumé, chaque canine se trouvait placée dans un demi-anneau Cette disposition permettait la mastication tout en assurant une fixité suffisante à l'appareil en place. Le tube était fixé par du ciment quant au fond et par de l'or mou quant à la surface. (Voir scellement des tubes par l'or, *Odontologie* d'avril 1888). Le nettoyage journalier était fidèlement pratiqué par la cliente et quatre ans après l'appareil fonctionnait encore très bien, sans avoir subi de réparations.

Observation II

1° Mlle F... M., 1883, 12 dents à la mâchoire supérieure. — Ces 12 dents étaient en plusieurs parties.

1° Les deux grandes incisives placées isolément chacune sur un pivot;

2° De chaque côté les racines des canines supportant : la canine, la petite incisive et la première petite molaire ;

3° De chaque côté de la première petite molaire, la racine de la deuxième qui n'avait qu'un canal central, circonstance très favorable, supportait la deuxième petite molaire et la première grosse.

Construction de l'appareil. — Chacune des dents tenant par le même pivot était reliée à sa voisine par une barrette d'or, soudée aux crampons de la dent d'une part et au pivot d'autre part Le contour complet des racines était formé par des talons en caoutchouc blanc qui donnaient le contact articulaire aux dents intérieures. Pour consolider tout l'édifice, j'avais scellé les deux grandes incisives séparément et les blocs de trois dents, supportés par les racines des canines, s'appuyaient contre elles par la petite incisive. Ces mêmes blocs portaient sur la partie latérale du talon de la première petite molaire une simple entaille longitudinale, dans laquelle pénétrait le talon de la deuxième petite molaire supportant deux dents. Trois années après ce premier travail fait, j'en refis un second à la même personne, parce qu'elle avait cassé une dent d'un côté. Ce rechange se composait seulement des quatre blocs, puisque les deux incisives centrales étaient scellées.

Je revis la cliente assez longtemps après; tout était en bon état. Mais je dois avouer que je ne l'ai pas revue depuis la fin de 1888.

Observation III

3° Mme R... 1884. Huit dents sur un seul pivot. J'employai cette fois le pivot carré. Je disposais d'une racine de grande incisive de fort diamètre, je pus donc mettre un tube assez gros pour avoir un support solide. J'avais à remplacer les huit dents antérieures de la mâchoire supérieure. Toutes les racines existaient, sauf celles des deux premières petites molaires. Elles furent soignées et obturées.

Construction de l'appareil. — Comme pour les blocs précédents, je me servis de talons en caoutchouc blanc, après avoir préalablement relié et soudé les dents et le pivot ajoutés en coulisses. A la partie externe, les deux petites molaires artificielles empiétaient sur la partie déclive des deuxièmes petites molaires; à l'intérieur, la même disposition avait été prise avec les talons en caoutchouc blanc. La pièce pouvait ainsi résister au mouvement en avant qui, sans ces précautions, lui aurait été fatalement imprimé par les dents de la mâchoire inférieure, pendant l'acte de la mastication. J'étais en droit d'espérer un succès complet; la solidité des racines, le soin avec lequel le travail avait été conduit, l'ajustage parfait de la pièce autorisaient ce pronostic malheureusement trop optimiste. Au bout d'un an environ, une légère périostite se déclara dans la région de la racine supportant l'appareil. Trois mois

plus tard, je fus forcé de retirer la pièce et d'extraire la racine. Celle-ci avait subi une résorption considérable, le quart environ de son volume total, et le pivot était diminué du côté de l'extrémité radiculaire. J'ai attribué ce désastreux résultat à la fatigue constante que cette racine avait subie. La cliente porte aujourd'hui un appareil ordinaire.

Observation IV

4° Enfin, Mlle Ga... 1885, dix dents. C'est la répétition exacte du cas n° 1, avec une dent en moins au fond; de chaque côté, deux grandes incisives scellées isolément. Le résultat ne fut favorable que très relativement, car, en 1888, il fallut tout refaire. Heureusement, a cette époque, j'utilisais avec succès, depuis la fin de 1886, ma découverte des pivots parallèles. Depuis 88, ma patiente porte un appareil avec trois pivots parallèles.

b) appareils a pivots parallèles

La description de mon appareil, servant à obtenir le parallélisme des tubes, a été faite à la Société d'Odontologie par M. Frantz, communiquant les résultats d'un travail fait par lui à la Clinique de l'Ecole sous ma direction. Cette communication a été publiée par l'*Odontologie* en 1891, p. 353. Il n'y a donc qu'à se reporter à ce numéro pour connaître les détails de construction de l'appareil et la manière de l'employer, qui est fort simple.

Pour construire un appareil à pivots parallèles qui ait quelque chance de durée, il faut faire un choix judicieux des racines qui doivent lui servir de support. Ces racines seront prises parmi celles du plus grand diamètre. Les tubes devront être placés de manière à ce que les parties libres de la pièce ne dépassent pas en longueur la distance d'un pivot au pivot voisin.

Les racines seront préparées de manière à ce que toutes les parties de dentine altérées soient excisées. Voilà les conditions générales. Elles sont évidemment relatives. En pratique, on doit s'inspirer des circonstances, mais toujours tendre à se rapprocher le plus possible des règles énoncées ci-dessus. Quant au poids de l'appareil, il est évident que c'est au praticien à le déterminer. Il devra être en rapport avec la valeur supposée des moyens de rétention. Une évaluation nette à ce sujet est d'une grande importance pour obtenir un travail durable.

Bien que l'appareil donne rigoureusement et mécaniquement le parallélisme, il est utile de prendre quelques précautions pour le placement des tubes. J'ai l'habitude d'utiliser, comme terme moyen, trois racines pour ces sortes de pièces; quelquefois deux, jamais quatre. Je suis, avec une petite fraise cylindrique, la direction du canal de chacune de ces racines et je place une tige rigide dans chacune des deux racines de côté.

Ex : Je veux me servir pour une pièce comportant trois pivots parallèles, la grande incisive droite ou gauche et des deux canines. La direction de chacune de ces racines est différente ; les tiges placées dans les deux canines préposées me donneront leur direction à peu près exacte. J'agrandis alors le canal de la grande incisive en maintenant la direction du percement à égale distance des deux broches qui émergent; le premier tube est scellé en tenant compte des indications ci-dessus. Le plus ordinairement, le premier tube scellé occupe exactement le centre de la racine. L'agrandissement du canal des autres racines se fait en donnant à sa fraise une direction parallèle au pivot, qu'on a laissé dépasser de la racine centrale. Ceci est l'à peu près, l'appareil fait le reste.

En prenant cette précaution, on évite un trop grand écart entre les tubes placés et la direction des canaux des dents latérales.

Les travaux de pièces à pivots parallèles ont eu chez moi, comme fabrication, deux phases bien distinctes. De 1886 à 1890, mes tubes furent scellés au ciment pour le fond et aurifiés tout autour en surface La racine restait libre. En 1890, j'eus l'idée d'utiliser le coiffage des racines, ce qui est une grande complication, comme on le verra. Je diviserai donc mes observations en deux parties qui correspondront aux deux moyens employés pour le scellement des tubes.

Observation V

1° Tubes scellés sans coiffage, observation I, Mme Guy..., février 1887, cinq dents antérieures, mâchoire supérieure, dont quatre incisives et la canine droite, trois pivots tubes scellés au ciment et aurifiés à l'or mou. Les racines étaient d'assez petit diamètre; je me servis des deux grandes incisives et de la canine. Plusieurs réparations portant toujours sur des pivots cassés. Ceux-ci sont un peu faibles. Le corps de l'appareil est fait d'une première plaque d'or fin recouverte d'or à 18, percée de trous en regard des orifices des racines, pour la soudure des pivots. Les dents plaquées et les talons faits par la soudure. Actuellement les racines sont ramollies autour des tubes aurifiés; malgré cela, l'appareil va très bien.

Observation VI

2° Dr H... juillet 1887. Un haut complet; pourtant, nous nous bornons à remplacer douze dents qui assurent la mastication. Un pivot sur la grande incisive gauche et un sur chaque canine. Scellement comme ci-dessus. En mars 1890, nous constatons un ramollissement considérable des racines. Disons tout de suite que les soins de propreté sont très sommaires. Nous décidons alors de meuler et coiffer les deux canines, la grande incisive est hors d'usage, et nous plaçons un appareil supporté par deux pivots avec les racines coiffées.

Observation VII

Mme Gi..., août 1888, appareil partant de la canine supérieure gauche jusqu'à la première grande incisive droite, trois pivots. Tubes scellés et aurifiés. J'ai revu la patiente le 17 mai 1892. Pendant le temps écoulé depuis le placement de l'appareil, il n'y a pas eu de réparation. Tout va bien comme ensemble et cela est d'autant plus remarquable que les tubes sont scellés dans la canine gauche, la grande incisive du même côté et la petite incisive droite. A partir de la petite incisive, les racines manquent, trois dents sont donc appuyées sur la gencive : la canine et les deux petites molaires; elles forment un bloc assez lourd étant donnée la dépression. Je dirai, une fois pour toutes, que j'atténue la fatigue inévitable des pivots et des tubes en ne laissant pas retirer complètement l'appareil. La patiente est habituée à descendre sa pièce de la 1/2 ou des 2/3 de la longueur des pivots, sans la quitter tout à fait. Grâce à cette manœuvre, les lavages antiseptiques peuvent s'opérer, avec la brosse et la poire en caoutchouc. Néanmoins, et bien que chez la cliente dont il est question, les soins de propreté soient minutieux, j'ai constaté un commencement de ramollissement de la dentine autour des aurifications. Il me paraît certain que dans 3 ou 4 ans, je devrai refaire un appareil avec racines coiffées.

Je ne veux pas multiplier les observations, elles ont des points de ressemblance. Je pourrais donner quatre observations d'appareils à pivots parallèles avec racines coiffées, mais comme elles sont de trop fraîche date pour être de démonstration concluante au point de vue de la durée. Une seule suffira pour décrire le *modus faciendi*.

c) Plusieurs dents supportées par des pivots parallèles entre eux avec coiffage des racines

Préparation des racines, des coiffes; — soudures des tubes à ces dernières; — parallélisme. — Un anneau d'or doit entourer complètement la racine, à une profondeur d'environ un millimètre sous la gencive; à cet effet, un épaulement doit être fait sur cette dernière à la profondeur indiquée, une couche régulière de cément, représentant l'épaisseur de l'anneau, doit être enlevée. La circonférence de la racine ainsi préparée est moulée avec un fil de fer fin tordu autour. La section du fil de fer donne la longueur de la bande servant à faire l'anneau; celui-ci, mis en place est recouvert par une plaque soudée, le tout en or fin d'une épaisseur convenable (cinq de notre filière). La coiffe est terminée.

Mon opérateur, M. Frantz, avait imaginé, pour faire l'épaulement autour de la racine, de souder à l'étain, une plaquette circonférentielle servant de buttoir, la fraise cylindrique tourne autour. Cette petite innovation est très pratique; elle supprime la pince de Bing et l'on peut tourner facilement à la périphérie de la racine, qui se trouve ainsi préparée d'une façon pour ainsi dire mathématique. Je ne répéterai pas ce que j'ai dit plus haut

sur la direction, aussi parallèle que possible, à garder en agrandissant les canaux, et j'arrive à la soudure du tube à la coiffe, après avoir parlé cependant d'un détail très simple qui a néanmoins une grande importance.

Tout le monde a remarqué combien les dents sans plaque (à demeure), supportées par des racines coiffées, blessent les lois de l'esthétique. La coiffe déborde la racine et le cercle d'or est très apparent. Cette juste critique a été faite par plusieurs praticiens. Le moyen que j'emploie pour obvier à cet inconvénient est des plus simples. La coiffe étant terminée et parfaitement ajustée sur sa racine, je comble, en coulant de la soudure, l'angle rentrant formé par l'anneau et la plaque qui le ferme (figure 1 *a*), mais seulement dans la moitié antérieure de la coiffe. Je biseaute alors la racine, de manière à ce qu'elle s'ajuste complètement sur ce talon intérieur. Les trois coiffes étant préparées de la même façon, il reste à souder parallèlement chaque tube. Le premier, c'est-à-dire plus central, est mis en place par l'ouverture ménagée dans la coiffe, en regard de l'orifice du canal. Le pivot, laissé à dessein, dépasse suffisamment pour qu'on puisse voir si la direction est maintenue également dans l'axe des deux autres racines, que deux pivots placés dans leurs canaux indiquent nettement. Le tube est ensuite collé à la coiffe avec de la cire spéciale. Il ne reste plus qu'à retirer le tout et à souder. Après avoir ramené la direction des autres canaux vers le parallélisme, le même travail est à recommencer, en se servant de l'appareil spécial pour coller le tube, afin d'obtenir un parallélisme rigoureux. On pourrait placer ainsi parallèlement autant de tubes avec leurs coiffes qu'on le voudrait.

Comptant sur le talon assez volumineux de soudure qui garnit l'intérieur de la coiffe, je donne un coup de meule qui me permet de dissimuler sous la gencive sa partie antérieure, sur laquelle viendra s'ajuster la dent. Les trois pivots peuvent alors être mis dans les tubes, puis l'empreinte est prise au plâtre.

Si l'on éprouve quelque difficulté à faire entrer les pivots, il suffira de diviser les deux branches, donner un coup de lime sur le plat de chacune d'elles, et de les réunir comme elles l'étaient auparavant, par un paillon de soudure à l'une des extrémités. L'empreinte prise, je m'abstiendrai de parler de la fabrication de l'appareil que chacun peut faire à sa convenance.

J'ai vu, il y a quelques jours, un petit appareil de trois dents avec deux pivots posé depuis quelques mois. Au point de vue de l'esthétique, le seul intéressant au bout de si peu de temps, il ne laisse rien à désirer.

Observation VIII

Mme F... Il y a environ dix ans, après lui avoir soigné cinq racines de la mâchoire supérieure en très mauvais état : incisive latérale gauche, les deux incisives centrales, incisive latérale et canine droites, c'est-à-dire cinq dents de front, je lui plaçai cinq dents à pivots isolées les unes des autres.

Je me servis des tubes Contenau et des couronnes de Bonwill. Les pivots furent scellés dans les couronnes avec du ciment. Pour éviter l'usure de ce dernier, des aurifications faites à l'or adhésif et à la main. fermèrent les deux ouvertures de ces couronnes (ce travail ne fut fait qu'un an ou deux après la pose des dents). J'eus la bonne fortune de pouvoir montrer ce cas à un de mes confrères M. Viau, et j'en fis l'objet d'une communication à la Société d'Odontologie Les tubes avaient été scellés au ciment et aurifiés, sauf celui de la canine trop excavée, qui fut terminé à l'amalgame. La racine de l'incisive centrale droite résorbée à son extrémité, laissait l'apex largement ouvert. Je n'osai l'obturer. Cette personne retirait ses dents, lavait ses tubes et brossait ses racines après chaque repas, je ne vis nul inconvénient à laisser cette racine ouverte, j'étais sûr qu'elle serait bien soignée. Il y a deux ans environ (elle portait donc ses dents depuis près de huit ans), hantée par des histoires de résection de maxillaires, entendues je ne sais où ; elle vint me supplier de lui extraire cette racine, pour en fermer l'extrémité et la réimplanter après y avoir scellé la couronne qu'elle portait. Rien ne put la convaincre qu il n'y avait aucun danger à rester en l'état et l'opération eut lieu. Il y a dix-huit mois, la racine de la canine, dont le tube était scellé à l'amalgame, se fractura. La fracture, en bec de flûte, était assez étendue pour que tout espoir de réparation sur place fût perdu. Je voulus tenter la réimplantation ; des adhérences s'étaient formées et l'extraction très laborieuse terminée, cette opération dut être abandonnée. J'essayai la transplantation ; l'échec fut complet. Un mois plus tard, je plaçais un appareil provisoire d'une dent pour attendre la résorption.

Il y a un an, je construisis l'appareil dont voici la description :

Etat de la bouche :

Il manque l'incisive latérale gauche, l'incisive centrale même côté, l'incisive latérale droite et la canine même côté ; l'incisive centrale droite ayant été réimplantée, il est décidé que nous n'y toucherons pas. Trois racines existent, celle de la canine manque.

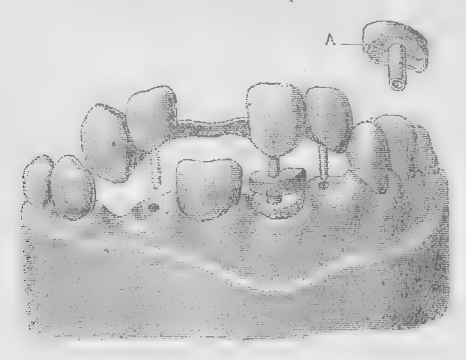


Fig. 1.

L'appareil (figure 1) se compose d'une étroite bande d'or fin, renforcée

d'une bande d'or à 18, de même largeur. Trois pivots parallèles le maintiennent en place; la bande d'or est continue et passe devant le talon de la dent réimplantée. Chacune des trois racines supportant un pivot est coiffé et le tube soudé à la coiffe. Quant à la construction elle est exactement décrite plus haut dans tous ses détails.

2° Pièces a pont mobiles supportées par une ou plusieurs couronnes parallèles entre elles

Le genre d'appareil dont je vais parler ne compte qu'une couronne; mais il est évident qu'au moyen de la meule, il est possible d'en préparer deux parallèles entre elles. Les coiffes que les recouvriront le seront aussi par conséquent.

Il s'agit d'une deuxième grosse molaire inférieure droite cariée au 4e degré et n'offrant plus de résistance pour la mastication. La première grosse molaire et la dent de sagesse manquent (fig. 2).

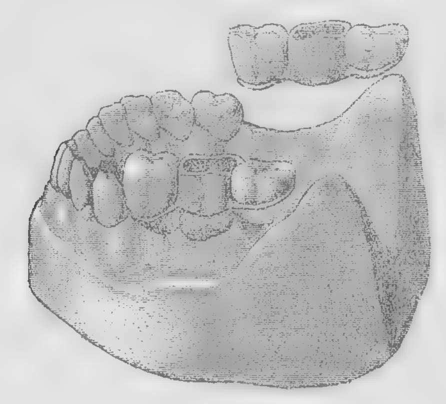


Fig. 2.

C'est le seul côté sur lequel la patiente puisse manger grâce au manque d'antagoniste en haut du côté opposé. La dent est préparée pour supporter une couronne d'or. Celle-ci est faite de manière à ce qu'une double couronne, ouverte seulement sur la face coronaire puisse glisser dessus à frottements légèrement serrés. Sur la crête du maxillaire à l'endroit où manquent les deux dents, une plaquette est estampée et soudée à la double couronne. Deux grosses molaires pleines sont ajustées et soudées. Tous les interstices entre la couronne et les dents sont hermétiquement fermés par l'or et la soudure. A la face coronaire, la deuxième couronne s'appuie légèrement tout autour sur la partie déclive de la première, sans empiéter pour cela sur la surface de mastication. Cette disposition est prise dans le but d'empêcher l'appareil de s'enfoncer. Les fonctions sont parfaitement rétablies de ce côté.

Je croyais avoir été le premier à faire cet appareil mobile, mais en feuilletant le livre d'Evans, j'ai trouvé une pièce mobile qui a une grande ressemblance avec celle que je décris.

3° Pièces a pont mobiles supportées par une couronne et un pivot parallèles entre eux

Quatre dents à remplacer, les deux prémolaires, les deux molaires

inférieures droites (figure 3). La racine de la deuxième prémolaire existe, ainsi que la dent de sagesse. La dent de sagesse est préparée pour recevoir une couronne qui doit elle-même, comme dans le cas précédent, servir de support à une double couronne. La racine de la deuxième

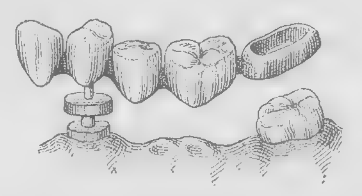


Fig. 3.

prémolaire est préparée pour être coiffée et recevoir un tube soudé à la coiffe. Ici, pour établir le parallélisme, il y a quelques complications et je ne suis parvenu à les vaincre que par tâtonnements. Je n'ai pas encore trouvé le moyen de construire un appareil pour l'obtenir mathématiquement.

Procédant comme pour la préparation des racines, j'ai d'abord fait de l'à peu près, en me guidant pour la préparation de la couronne, avec un pivot placé dans la racine. Lorsqu'il m'a été possible d'enlever pivot et couronne ensemble, j'ai placé définitivement la couronne fixe sur la dent de sagesse et préparé complètement la deuxième c'est-à-dire la mobile. Ceci fait, la coiffe de la racine a été préparée. percée et le tube ajusté dans la direction supposée. Ce dernier a été collé à la coiffe avec la cire forte. Un pivot d'un calibre plus faible introduit dans le tube y entre librement, y tourne même, mais ne ballotte pas; les rainures l'en empêchent, quand il n'y a qu'un numéro de différence. Ce procédé m'a permis, en chauffant légèrement la cire qui maintenait le tube à la coiffe, de pouvoir retirer le pivot libre dans le tube, quand le parallélisme a été régulièrement établi. Pour arriver à ce résultat, j'ai dû souder au pivot de cuivre une bande de métal assez longue, qui a pu être prise dans la cire en même temps que l'anneau formant double couronne. Sans cette petite tricherie, je ne pouvais sortir le pivot, puisque, pour obtenir le parallélisme, j'étais obligé de chauffer, avec la poire à air chaud, la cire qui collait tube et coiffe. Le pivot devait donc être pris dans la cire à une assez grande distance de son entrée dans le tube. Quelque compliqué que paraisse ce moyen, je n'en ai pas trouvé d'autre pour obtenir un résultat satisfaisant. Pour le scellement de la coiffe, j'ai procédé comme il est dit plus haut. Je ne parle pas plus de l'appareil lui-même que dans le cas précédent, tout le travail intéressant étant fait lorsque la couronne et la coiffe munie du tube sont placées.

Quelles conclusions tirer de ce travail et des observations qui lui servent, en quelque sorte, d'étai ; c'est que :

1° L'on peut au moyen de trois ou quatre cas types varier à l'infini les combinaisons de travail à pont mobile ;

2° Que le travail ainsi conçu est mobile, non seulement pour le praticien, comme dans la plupart des cas cités dans le livre d'Evans mais surtout pour le patient. Les procédés que j'indique et que j'emploie, ont au moins le mérite de régler la question de

l'antisepsie. A tous les points de vue, les appareils qui donneront le plus de satisfaction et dont l'usage est le plus courant, sont ceux à pivots parallèles avec les racines coiffées. Le coiffage de la racine est certainement une grande complication. Il est plus difficile d'obtenir le parallélisme, mais avec un peu de pratique on peut y parvenir et le ré ultat compense la difficulté d'exécution. En prenant les précautions indiquées dans le courant de ce travail; les racines coiffées seront mises à l'abri du ramollissement, les tubes seront solidement fixés, la mobilisation de l'appareil sera facile et les lois de l'esthétique ne seront plus choquées. Certes, les autres genres d'appareils que j'ai décrits pourront rendre des services; mais leur emploi sera beaucoup moins fréquent que celui à pivots parallèles.

Ainsi que je l'ai dit au début de cet article; il est nécessaire de suivre ces travaux et de noter scrupuleusement les faits heureux et les insuccès. Il est indispensable de publier sur ce sujet toutes les observations sincères, toutes les statistiques personnelles. Ce n'est que par les comparaisons et l'expérience que l'on pourra juger de la valeur pratique du travail à pont mobile, ou amovible.

APPAREIL A PARALLÉLISME POUR PIVOTS

Communication à la Société d'Odontologie de Paris.

Par M. Prevel, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

L'appareil, qui fait l'objet de cette communication est le troisième ou quatrième du nom, il a des points de ressemblance avec les modèles que mes collègues ont construits; il en diffère par quelques particularités. Je ne m'occuperai pas de ceux présentés auparavant ni de leurs qualités ou de leurs défauts. J'énumérerai, simplement aussi brièvement que possible, les avantages de celui-ci.

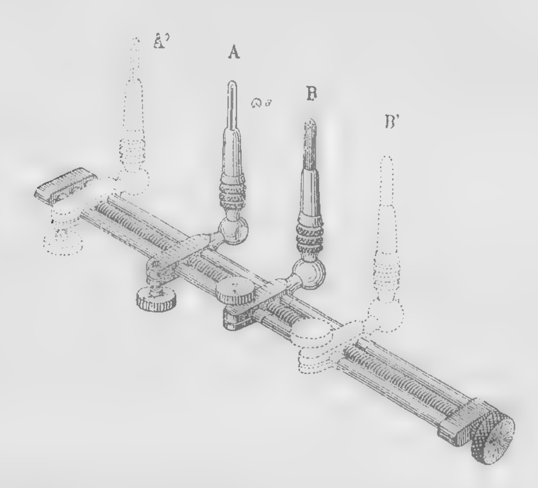
Il est composé de deux branches horizontales fixes qui, formant l'armure de l'appareil sont fermées aux deux extrémités. Dans l'espace compris entre ces deux branches existe une vis micrométrique horizontale, donnant, au moyen d'un bouton placé à une extrémité, un mouvement de va et vient au n° 1 des porte-pivots. Le n° 2 est à frottement lisse et se déplace à la main.

Les branches supportant les porte-pivots sont à angles droits, cela facilite l'application dans la bouche en mettant ainsi le mécanisme en dehors et sous la main de l'opérateur. Je dois à mon collègue et ami M. Godon, cette modification qui appartient à son dernier appareil. Les porte-pivots de mon appareil diffèrent tout à fait de ceux que j'ai pu voir jusqu'à ce jour. En dévissant le manchon on a devant soi un porte-mine dont les branches sont en acier, au lieu d'être en cuivre, il y en a deux au lieu de trois, le serrage

se faisant mieux avec deux branches. Avec ce système de porte-pivots, on sépare très facilement l'appareil du pivot quand celui-ci est dans la racine. De même, je tiens à signaler un avantage qui n'est pas, je crois, sans utilité : c'est que, quel que soit le diamètre ou la forme des pivots ceux-ci peuvent s'appliquer dans chaque porte-pivots sans avoir rien à changer.

Pourtant, le plus petit des pivots de MM. Contenau et Godart, vu son diamètre extrême, possède un petit manchon spécial à pans coupés qui le maintient d'aplomb dans son support.

Ces deux porte-pivots sont munis à leur base d'un bouton à vis donnant à chacun d'eux une immobilité parfaite.



Je soumets ce petit appareil à l'appréciation de mes confrères qui voudront bien l'essayer.

Je pense avoir apporté ainsi plus de facilité dans le travail à pont ; c'est le but que je me proposais et je serai heureux si j'ai pu y parvenir.

DE LA MANIÈRE DE TRAITER LES LIMAILLES D'OR.

QUELQUES DÉTAILS D'INSTALLATION D'UN ATELIER DE PROTHÈSE DENTAIRE

Par M. Cecconi D. E. D. P.

Chez les bijoutiers, on prend toutes les précautions possibles pour éviter la perte des déchets de métaux précieux, tandis que chez les dentistes, on s'en soucie en général fort peu si ce n'est

pas du tout, et je n'exagère pas en disant que chez ceux-ci, l'or n'est pas plus apprécié que le plomb ou le fer-blanc.

La cire se promène partout et ramasse une partie considérable de limaille ; les tiroirs où celle-ci doit tomber sont très petits, et très mal confectionnés en sorte qu'elle passe à travers les fentes et finit par aller par terre ; le sol n'est pas garni de claies, la limaille qui tombe est jetée avec les ordures.

Les mécaniciens, souvent, ne sont pas soigneux, ils ne sont pas munis de brosses pour brosser leurs outils et leurs mains après avoir limé un appareil. La limaille séjourne dans les tiroirs pendant plusieurs jours ; là, le déchet augmente considérablement, puis on la met dans des boîtes quelconques (j'en ai même trouvé dans des cornets de papier, comme du tabac à priser).

Enfin les balayures de l'atelier, et de l'établi sont jetées au vent, sans se douter qu'on jette ainsi tous les ans quelques billets de cent francs, qu'on pourrait très bien économiser.

Il y a cependant peu de chose à faire pour réaliser une économie annuelle relativement importante, il suffit d'un peu de soin.

Nous allons indiquer succinctement les quelques précautions nécessaires pour recueillir tous les déchets d'or ou de platine ainsi que la façon de traiter ceux-ci à peu de frais et sans ennuis. Les conditions nécessaires pour ne pas perdre de déchet ou de limaille, consistent en quelques détails d'installation, qui nécessitent qu'au début, nous passions rapidement en revue l'installation de l'atelier du dentiste surtout au point de vue du travail du métal, mais en même temps aussi au point de vue général.

L'atelier. — Pour être installé dans des conditions convenables, un atelier de prothèse dentaire doit avoir au moins cinq mètres de long sur trois de large, être clair et aéré, pour que les mécaniciens ne soient pas exposés à respirer un air impur. Il doit naturellement posséder tout l'outillage nécessaire pour confectionner les différents genres d'appareils. Cet outillage est assez considérable, si l'on veut faire des appareils de toute sorte et d'une exécution parfaite.

Le sol doit être garni de claies pour éviter de transporter, avec les pieds, le plâtre dans le reste de l'appartement et pour pouvoir mettre de côté les balayures et les vendre à la fin de l'année.

L'établi, de la même forme que les établis de bijoutier, doit avoir le dessus uni et sans fentes pour éviter que la limaille ne se perde dans celles-ci, il doit être ciré et très proprement entretenu pour éviter la perte des déchets d'or.

Les tiroirs de l'établi doivent être doubles, un pour les outils, et l'autre pour la limaille, celui-ci ne doit pas avoir moins de cinquante centimètres de large, quarante de long, cinq à six de profondeur, et être intérieurement plaqué de zinc de manière à ce qu'il n'y ait pas la moindre fissure.

Pour recueillir la limaille la peau est bien préférable au tiroir, mais, dans ce cas, il ne faudrait pas qu'elle soit montée de la même façon que la peau des bijoutiers qui est tenue par une ficelle et ne peut guère se fermer : les mécaniciens étant suceptibles d'y faire tomber du plâtre il faut que la peau puisse se fermer très facilement, pour cela, il est nécessaire qu'elle soit montée sur des tiges à coulisse fixées sous l'établi, de manière à pouvoir la glisser très facilement en avant en arrière comme un tiroir. La peau ayant plus d'ampleur que le tiroir, la limaille peut tomber dedans sans qu'il s'en perde la moindre parcelle.

Le mécanicien doit être muni d'une brosse pour brosser les mains et brosser les pièces une fois celles-ci limées.

L'établi ne doit pas être encombré d'outils, ni de modèles, la pierre à borax, une bigorne, et la lampe à souder, de préférence au gaz, est tout ce qu'on peut admettre sur un établi. Toutes ces précautions sont absolument nécessaires pour que le déchet soit moins grand ; il faut bien se pénétrer de cette idée que plus un atelier est bien entretenu, moins il y a de déchet d'or à la fin de l'année.

Il doit y avoir dans l'atelier un meuble à plâtre muni de quatre tiroirs pour mettre le plâtre, la terre à modeler, les résidus de plâtre, les cercles de fonte pour faire les moules de terre, tamis, maillets, etc.

La table de ce meuble doit être zinguée, et doit avoir sur les côtés et au fond un rebord de 10 centimètres de hauteur pour empêcher le plâtre et la terre de tomber ; une séparation de la même hauteur doit séparer la table du meuble en deux parties, pour permettre de travailler la terre d'un côté et le plâtre de l'autre sans que ces deux matières soient mélangées.

Il doit y avoir encore dans l'atelier un étau à pieds tournants ; une presse à moufle, un tour d'atelier, un vulcanisateur et une machine à celluloïde, moufles, brides, presse hydraulique, etc., etc., un fourneau à fondre le zinc, un fourneau à reverbère en terre pour fondre l'or, un fourneau à émailler et ses accessoires, etc.

Les murs de l'atelier doivent êtres garnis de casiers pour l'installation des modèles, ces casiers auront une moyenne de 1 m. 20 de hauteur, sur 1 mètre de large, et 10 centimètres de profondeur ; avec ces dimensions il peut y avoir 10 tablettes

à 12 centimètres de distance l'une de l'autre, on peut caser 10 modèles à chaque tablette et on a ainsi cent modèles par casier, il faut que ces casiers soient numérotés pour que l'on sache qu'au 1er casier il y a la première centaine de modèles, au deuxième la deuxième, et ainsi de suite. De cette manière un apprenti peut, à première vue, trouver le modèle qui lui est demandé.

Les limailles. — Nous en arrivons à la façon dont il faut traiter les limailles ; celles-ci doivent être tous les soirs retirées du tiroir ou de la peau et mises dans une boîte à limaille, que l'on trouve chez tous les fournisseurs pour bijoutiers. Lorsqu'on en a une certaine quantité on les brûle dans une bouilloire de cuivre, que l'on retire du feu lorsqu'elle est rouge ; on la laisse refroidir, et on étale la limaille dans une assiette, on promène dedans un aimant pour retirer toutes les parcelles de fer qui peuvent s'y trouver ; quand l'aimant ne ramène plus aucune parcelle de fer, on met la limaille dans une capsule de platine, et on ajoute une certaine quantité d'acide nitrique ; on fait légèrement bouillir, remettant de l'acide dans le cas où la quantité primitivement mise serait épuisée et on continue cette opération jusqu'à ce qu'ait disparu la vapeur épaisse et rutilante qui se dégage au début.

La vapeur qui se dégage est dangereuse à respirer et rouille et détériore les outils c'est pourquoi cette opération doit se faire de façon à ce que les vapeurs se dégagent dans une cheminée et ne se répandent pas dans l'atelier.

Lorsque la vapeur a pris la couleur normale, les métaux étrangers qui étaient dans la limaille sont rongés ; on lave alors la limaille pour la débarrasser de l'acide qui est mélangé avec elle et du peu de cendre qui reste dans le fond.

Pour la laver, on prend une terrine d'eau claire, on y plonge la capsule très doucement, pour que la limaille reste toujours dans le fond de celle-ci, cette opération doit être faite avec quelque précaution. La limaille une fois lavée, il faut l'égoutter, puis la faire sécher ; pour cela on la laisse dans la capsule, que l'on fait chauffer très légèrement, prenant bien garde de ne pas laisser bouillir le peu d'eau qui reste toujours dans le fond parce que les globules d'eau qui se forment éclatent en s'évaporant et la limaille sauterait hors de la capsule.

Cette opération terminée en ayant pris toutes les précautions indiquées, la limaille est prête à être fondue.

Pour la fondre, elle doit être additionnée d'un tiers de son poids de borax en poudre, on mêle le tout, et on le met dans un creuset que l'on bouche avec un couvercle *ad hoc* et que

l'on place ensuite dans un fourneau à reverbère qui a été allumé pendant cette petite préparation, on recouvre le creuset de charbon, on applique la partie supérieure du fourneau et on laisse les choses ainsi le temps nécessaire à la fusion de la limaille.

Lorsqu'elle est fondue, on la coule dans une lingotière un peu chaude et un peu huilée pour empêcher le brasage du fer et de l'or. De cette façon on obtient un lingot que l'on fait essayer chez un essayeur du commerce qui vous indique le titre et le prix net du lingot. Qu'il contienne de l'argent, du platine, de l'or, rien n'est perdu.

Avec ce procédé, qui est très simple et à la portée de tout le monde, on a bien moins de déchet qu'en faisant le *départ* des limailles, opération chimique que l'on croit connaître à fond, et pour laquelle on n'est outillé qu'à moitié. Les essayeurs, et les bijoutiers ne se chargent pas de faire le *départ*; quoique leur quantité de limaille soit bien supérieure à celle des dentistes, ils en laissent le soin aux grandes usines d'affinage des métaux qui font cette opération sur une grande échelle.

Cette opération peut être répétée toutes les semaines, ou au moins tous les mois, afin d'établir un contrôle de l'or entré, des pièces livrées et de l'or restant en coffre. D'après les poids on peut savoir très approximativement les déchets et même le compte des métaux précieux employés.

Les poussières. — Il nous reste à parler des balayures de l'atelier et de la poussière de l'établi : celles-ci ne doivent pas être jetées aux ordures, il faut les mettre dans une caisse. Lorsqu'on en a une certaine quantité, on les brûle pour les réduire en cendres, dans un fourneau spécial que l'on trouve chez les fournisseurs pour bijoutiers.

L'on met ces cendres dans un vieux tonneau que l'on peut placer dans sa cave.

A la fin de l'année, on tamise ces cendres, et on retrouve toutes les dents égarées dans le cours de l'année, c'est ainsi qu'à la fin d'une année, j'ai trouvé, dans les cendres tamisées, quarante dents presque toutes en bon état.

Lorsqu'on a une certaine quantité de cendres on écrit à une des usines qui se charge tout spécialement de leur affinage; cette usine envoie chez vous faire prendre les cendres que vous faites accompagner par un de vos employés ; le broyage et tamisage des cendres s'opère à l'usine en présence de celui-ci qui, une fois cette opération terminée, cachette lui-même le sac qui les renferme, avec un cachet de la maison qu'il représente, et quelques jours après, lorsque l'essayage est fait, on vous écrit

pour vous informer du prix des cendres. Vous pouvez les vendre à cette maison ou les retirer.

Pour montrer l'importance de la conservation des balayures et poussières d'atelier, voici le résultat obtenu chez M. Godon rien que par la vente des cendres, depuis trois ans que nous faisons ce travail :

1re année, 85 francs.
2e année, 110 francs.
3e année[1], 150 francs.

Ce résultat a été obtenu sans frais et sans ennuis d'aucune sorte.

Est-ce que cela ne vaut pas la peine d'être fait?

On peut aussi, ainsi que cela se fait en bijouterie, utiliser les poussières provenant du lavage des mains.

Pour cela on recueille l'eau ayant servi au lavage dans un grand filtre de feutre placé au dessus d'un pot en terre fait exprès et que l'on peut se procurer chez les fournisseurs pour bijoutiers, il se dépose au fond du filtre de la boue que l'on enlève, que l'on fait sécher et que l'on mêle avec les cendres ; on décante l'eau qui a filtré, et l'on traite de même la boue qui se dépose dans le vase où s'est fait la décantation.

Il est bien évident que dans les ateliers où l'on ne travaille que le caoutchouc, on ne trouvera pas d'or dans les cendres à la fin de l'année, mais, dans ceux où on travaille l'or, il me semble que l'on devrait prendre toutes les précautions nécessaires pour en perdre le moins possible.

C'est ce qui nous a engagé à faire connaître à nos confrères ces quelques détails techniques ignorés de la plupart d'entre eux.

CORRESPONDANCE SPÉCIALE DE LA *REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE*

LETTRE DES ÉTATS-UNIS

Chicago, 12 septembre.

Mon cher directeur,

Vous me permettrez de donner à nos confrères français quelques détails sur les préparatifs du Congrès dentaire de Chicago. Il n'est pas de sujet plus actuel et d'intérêt plus grand pour nous autres dentistes américains.

---

1. L'augmentation de chiffres est due à l'augmentation d'ouvrages fabriqués dans le cours de l'année.

Récemment j'eus le plaisir d'assister à la réunion de l'Association Dentaire du sud à Lookout-Mountain. Près de 200 dentistes accompagnés de leurs femmes y assistaient, le plus grand enthousiasme régnait en parlant du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité exécutif du Congrès dentaire a délibéré et s'est acquitté d'une grande partie des travaux préliminaires, tels que la nomination des Comités pour le service des dentistes dans l'armée et dans la marine, le Comité de nomenclature, le Comité de biologie et de bactériologie, et autres comités importants. Ensuite nous nous sommes rendus aux chutes du Niagara pour assister à la réunion de l'Association Dentaire Américaine. Le Dr W. Walker, président du Comité exécutif du World's Columbian Dental Congress, présidait aux délibérations de l'Association Dentaire Américaine.

Nous étions à peu près 250 à cette réunion.

Presque tous les sous-comités du Congrès en profitèrent pour organiser les travaux qui doivent être présentés au Congrès.

Quoique les communications lues à la réunion de l'Association Dentaire Américaine étaient plutôt au-dessus de la moyenne, on ne leur accorda pas toute l'attention qu'elles méritaient, car tous les membres étaient absorbés par l'idée du Congrès, et cela arrêtait les discussions.

Tous les yeux sont tournés vers Chicago, et les comités locaux de cette ville s'efforcent de rendre le séjour des plus agréables aux confrères étrangers qui nous feront l'honneur de nous visiter. Nous attendons de nombreuses délégations d'Angleterre, de France, d'Allemagne, d'Italie, de Suisse et d'autres pays.

Le Dr L.-C. Bryan, président de la Société Dentaire d'Europe, est venu à Chicago, et il m'assure que presque, sinon tous les membres de cette société se rendront au Congrès. Nous avons eu également la visite du Dr L.-J. Mitchell, de Londres, il est très enthousiaste du Congrès, il nous dit que partout où il va c'est le premier sujet de conversation.

Vous savez peut-être que le Dr Walker, président du Comité exécutif, est en Europe en ce moment, pour s'assurer d'obtenir de grandes délégations d'Angleterre, de France et d'Allemagne. Ce sont les seuls pays qu'il parcourra pendant son séjour dans le vieux monde.

Nous projetons à Chicago d'avoir deux ou trois cours pratiques pendant le Congrès. De sorte que les dentistes résidant aux Etats-Unis ou à l'étranger qui désireront profiter de ces cours pourront le faire dans nos écoles locales, qui sont parfaitement organisées pour les préparations aux examens.

En ce moment les professeurs élus aux diverses écoles dentaires de Chicago préparent leurs cours d'hiver.

J'apprends par les doyens des collèges que leurs cours seront suivis aussi assidûment qu'auparavant, et que leurs progrès au point de vue littéraire sont supérieurs à tous les précédents.

Nous espérons sincèrement que les dentistes de l'Illinois se réu-

niront à Chicago pour l'ouverture du Worl'ds Columbian Exposition.

Malheureusement, à la dernière réunion de notre State Dental Society, à Springfield, le Comité exécutif a décidé de se réunir à Rock-Island, dans une ville située à 200 lieues de Chicago, mais nous pensons pouvoir leur faire reconnaître leur erreur, et obtenir 100 à 150 membres de plus en opérant une autre désignation. Cela nous gagnera aussi les dentistes de l'Illinois en vue du travail du Congrès qui aura lieu à la fin d'août.

Avant de conclure, je dois dire que presque la moitié des sociétés d'Etat ont adopté des résolutions acceptant la décision de l'Association nationale des Facultés dentaires et l'Association des Examinateurs qui demandent trois ans d'Ecole Dentaire, pour qu'un candidat puisse obtenir ses grades, et on a aussi décidé qu'après 1894 tous les élèves de la profession dentaire dans les Etats-Unis devront étudier pendant quatre ans avant de pouvoir se présenter aux examens en vue d'un diplôme.

NOMINATION DANS LE BUREAU DU CONGRÈS DE CHICAGO

Par décision du Comité Exécutif du Congrès Dentaire Colombien, notre collaborateur, M. Heidé, a été nommé membre du Comité de Dentisterie Opératoire, Chirurgie buccale et clinique.

Il s'ensuit donc que notre Comité de rédaction a deux représentants dans le bureau du Congrès : MM. Dubois et Heidé.

RÉCEPTION DU Dr WALKER

Comme la lettre de Chicago l'apprend à nos lecteurs, nous avons eu la bonne visite du Dr Walker, président du Comité d'organisation du Congrès dentaire de Chicago. La rédaction de la *Revue Internationale d'Odontologie* a tenu à honneur de recevoir (malgré les vacances) notre éminent confrère en un banquet confraternel.

Ce banquet a eu lieu dans les salons du café Riche, le vendredi, 16 septembre.

MM. Chauvin, Cecconi, Dubois, Godon, Maire, Meng, Ronnet étaient présents.

MM. Bioux, Blocman, Heidé, Papot, Roy, absents de Paris ou empêchés, s'étaient fait excuser.

Au dessert, *M. Godon* porta en anglais le toast suivant :

« Les réunions mensuelles de notre dîner confraternel « *La Dent creuse* » ne sont complètes que lorsque nous avons le plaisir de posséder parmi nos convives, un de nos confrères étrangers, car « *La Dent creuse* » est comme notre *Revue Internationale.*

» Mais ce soir le plaisir est double, car en portant la santé d'un confrère aussi distingué que le Dr Walker, nous avons la satisfaction de boire également au succès de la réunion dentaire internationale qui doit avoir lieu l'année prochaine à Chicago, et dont le Dr Walker préside le Comité d'organisation.

» Je bois donc au Dr Walker, notre convive, et au succès du Congrès dentaire international de Chicago. »

M. le Dr Walker remercie M. Godon et ses confrères de leur chaleureuse réception. Puis après avoir félicité le Directeur de la *Revue*, M. Dubois, d'un heureux événement de famille, la naissance d'un second fils qui vient d'avoir lieu le matin même, il donne quelques détails intéressants sur le futur Congrès de Chicago, et son organisation. Il termine en assurant MM. Ronnet et Godon que les organisateurs se feront un plaisir de les recevoir avec une hospitalité toute fraternelle, ainsi que les autres membres de la délégation française qu'ils souhaitent aussi nombreuse que possible.

M. Dubois se leva ensuite et dit à notre hôte :

« La rédaction de la *Revue Internationale d'Odontologie* est heureuse de recevoir aujourd'hui le président du comité d'organisation du Congrès dentaire de Chicago. Les dentistes français suivent d'un œil attentif les préparatifs de cette grande réunion et sont décidés à y participer par des communications et par la présence d'un certain nombre d'entre nous.

» Nous nous retrouverons avec plaisir et intérêt au milieu de nos confrères américains dont le rôle d'initiateur en dentisterie moderne a été si prépondérant. Ils nous ont servi d'exemple et nous nous efforcerons de montrer à nos émules que la France a sa part dans les perfectionnements de l'art dentaire, qu'elle travaille avec les qualités particulières à l'avancement de la science odontologique.

» Je bois au succès du Congrès dentaire de Chicago. »

Puis M. Cecconi porte la santé du Dr Walker au nom des dentistes étrangers résidant à Paris.

Les convives emportèrent le meilleur souvenir de cette agréable soirée se promettant pour plusieurs de continuer la conversation à Chicago.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

CHICAGO DENTAL SOCIETY

Séance du 3 mai 1892.

LE TABAC, SON EMPLOI ET SES EFFETS

Par L. L. Davis, D. D. S., Chicago, Illinois.

D'après la thérapeutique de Farquarson, le tabac est une solanée dont le principe actif est la nicotine (C. 10, H. 14, N 2). D'après Philipps, le tabac possède deux principes actifs, la nicotine, alcaloïde qui se trouve dans la feuille et une huile empyreumatique qui ne s'obtient que par la combustion.

Pendant longtemps on considéra la nicotine comme le seul agent toxique; mais, d'après des recherches plus récentes, l'action

physiologique de la fumée de tabac est dûe très peu à la nicotine et pour beaucoup aux produits de combustion, acides gras et résineux, acide hydrocyanique, hydrogène sulfuré, ammoniaque et pyridine, ce dernier produit est le plus actif.

La pyridine et les autres produits de la combustion du tabac ne semblent différer de la nicotine que par leur action toxique moins puissante et moins rapide.

Je n'ai pas l'intention d'entamer une discussion sur l'action physiologique et thérapeutique de l'alcaloïde. Je veux seulement noter quelques-uns des effets produits par l'habitude de fumer ou de mâcher le tabac.

On a beaucoup parlé, ces temps derniers, de propriétés antiseptiques de la fumée de tabac et les expériences de Miller et Black prouvent, d'une façon évidente, sa puissance microbicide. La fumée des premier, troisième ou dernier quart d'un quart d'un cigare *Colorado Claru* est suffisante pour stériliser 10 cm³ de bouillon de culture auparavant infecté de carie fongueuse.

Le Dr Black, dont je reproduis le dernier compte rendu, dit : « En raison des fortes qualités antiseptiques de la fumée de tabac nous pourrions être enclins à penser que les fumeurs ne doivent jamais souffrir de la carie dentaire, mais il est évident qu'il y a dans les dents beaucoup d'endroits où la fumée ne pénètre jamais. »

Il y a encore d'autres arguments pour expliquer pourquoi les fumeurs ne sont pas exempts de carie.

L'écoulement continuel de la salive, son expectoration quand elle est chargée de produits de combustion, empêcherait l'action antiseptique. De plus, notre observation journalière montre que l'habitude de fumer ou de mâcher du tabac n'empêche pas la carie.

Cela peut retarder ou rendre plus lents ses ravages, mais tôt ou tard, on a besoin des services du dentiste.

Son action sédative bien connue est le grand argument en sa faveur pour ceux qui y sont habitués. Griesinger dit : « Cela facilite le cours des idées et égalise le caractère ».

En fumant, la couche de produits combustibles qui recouvre les dents peut empêcher la carie.

La fumée de tabac a été recommandée dans le catarrhe de la trompe d'Eustache et du tympan, en faisant des fumigations dans l'oreille. Elle a donné aussi de bons résultats dans les maladies des voies respiratoires, telles que l'asthme, la coqueluche.

Trousseau parle de l'emploi contre les maux de dents, de lavages avec la décoction de tabac et de frictions des gencives avec l'extrait de la plante, il considère ces pratiques comme très utiles et préférables à la pipe ou la chique.

Bœrhaave recommandait pour les névralgies l'application de feuilles fraîches de tabac sur le front et les tempes.

Le même remède ou plutôt la décoction ou l'extrait rend de grands services dans les cas de goutte et rhumatisme quand la douleur est superficielle, il a été employé également dans un certain nombre d'autres affections générales.

Dans les cas de céphalalgie, accompagnée d'une extrême sécheresse de la membrane pituitaire, l'emploi du tabac à priser a été recommandé, tandis que chez d'autres personnes l'habitude de priser entretient la muqueuse dans un état d'hyperhémie et occasionne de la céphalalgie.

Le seul bon résultat chez les personnes qui mâchent le tabac ne peut être que le mouvement continuel de mastication qui rend l'alvéole plus fort ou le lavage continuel des dents par une solution de nicotine ; une certaine quantité peut être absorbée par les tissus dentaires et arrête l'action de la carie.

Une des choses que l'on remarque chez les mâcheurs de tabac, c'est l'abrasion mécanique ; on observe aussi des érosions, surtout au collet des dents.

Une substance molle, d'un jaune-brun marbré entoure presque toujours complètement la dent, la pulpe est quelquefois dévitalisée et ces cas sont très difficiles à soigner.

Chez les personnes qui ont l'habitude de chiquer on observe le déchaussement des dents à un degré très marqué, de même que des troubles du côté du tube digestif, dyspepsie, etc.

Parmi les troubles observés chez les fumeurs de tabac, on remarque l'inflammation du pharynx, la gingivite, l'amaurose, causée par l'atrophie de la rétine, la dyspepsie chronique aggravée encore par la perte de salive qui aurait dû aider à la digestion, tous ces troubles sont, sans aucun doute, le résultat de l'excès prolongé du tabac. On a aussi observé des cas d'angine de poitrine et d'affections cardiaques, une dépression nerveuse se manifestant par une grande agitation, de l'insommie, un tremblement des membres qui ressemble, en quelque sorte, aux phénomènes de l'alcoolisme chronique.

Le gingivite, à mon avis, est un des résultats sérieux de l'excès du tabac.

Nous remarquons souvent dans les cas de pyorrhée alvéolaire l'inflammation complète de la muqueuse buccale, et je crois ne pas exagérer en disant que cette affection peut résulter de l'abus du tabac.

Les dents affectées dans ces cas sont celles qui se trouvent en contact immédiat avec le cigare, ou la face interne des molaires qui reçoit en plein la chaleur.

Il est certain que dans tous les cas de pyorrhée alvéolaire chez les fumeurs, nous ne pouvons obtenir une guérison complète que s'ils s'abstiennent ou ne font qu'un usage très modéré du tabac.

On peut avancer une autre théorie. Il est possible que par une irritation prolongée de la membrane muqueuse, les sécrétions soient altérées et que la salive elle-même devienne un facteur pouvant amener des changements pathologiques.

Il y a beaucoup de cas connus d'épithélioma causés par l'habitude de fumer, et ces dernières années on a vu des cas d'abus de la cigarette suivis de folie ou de mort.

L'hérédité est un facteur que je n'ai pas vu citer jusqu'à présent.

Mais si chez les parents l'habitude du tabac a produit du nervosisme, des troubles digestifs une affection cardiaque, on est certain que le mal sera transmis à l'enfant et qu'il sera plus sujet qu'aucun autre aux influences qui, autrement, n'auraient pas affecté le système général.

DISCUSSION

Dr E. D. Swain. — Je désire féliciter l'auteur de nous avoir donné une aussi bonne communication à ce sujet. Je n'ai rien trouvé, ou peu de choses, dans les livres que j'ai consultés au sujet de la discussion qui commence.

Je pense que sa principale propriété, s'il en possède, c'est d'être un calmant.

Son emploi exagéré devient cependant irritant et les personnes qui, pendant plusieurs années, en ont fait l'essai diront comme moi, qu'au lieu d'être un calmant il engendre de l'irritation.

Nous avons tous remarqué, comme le dit l'auteur, chez les personnes qui ont beaucoup employé le tabac le déchaussement et l'amollissement des dents au collet. Je puis parler de ce sujet par expérience, j'ai fait usage du tabac depuis mon enfance jusqu'à il y a à peu près un an. J'en ai mâché, j'ai fumé et je suis certain que mes dents ont souffert de l'emploi du tabac, non seulement en mâchant par les graviers contenus dans le tabac qui occasionnaient l'abrasion mécanique, mais en congestionnant les surfaces muqueuses, ce qui amène un désordre des glandes sous-cutanées et une sécrétion vicieuse qui détruit la dent. Je n'ai jamais remarqué d'autre effet nuisible de la nicotine ou des produits de combustion que celui de tacher l'émail des dents, le tabac leur donne une teinte jaune, mais je n'ai pas remarqué les autres effets pendant ma carrière de praticien.

L'examen de la bouche des fumeurs de cigarettes nous montre que c'est là une des plus mauvaises formes d'emploi du tabac.

Dr T. L. Gilmer. — De par mon expérience, je crois que l'emploi du tabac empêche la carie des dents. J'ai remarqué des cas où les patients ayant cessé de l'employer il y avait une tendance notable à l'augmentation de la carie. J'ai observé cela si souvent que je ne puis faire autrement que de croire que le tabac est un préservatif.

Si on remarquait cela sensiblement chez ceux qui mâchent du tabac, nous pourrions nous demander si l'augmentation de la carie provient du manque de friction causé par la mastication, plutôt que de l'action du tabac; mais j'ai vu des résultats analogues chez des personnes qui avaient cessé de chiquer.

Dr A. W. Harlan. — Je ne veux pas défendre l'emploi du tabac, mais je voudrais savoir s'il y a quelque chose dans *le tabac* qui puisse détériorer les dents?

Le tabac par lui-même n'abîme pas plus les dents que des grains de blé ou des cosses de haricots, encore moins que les haricots, car il ne contient pas les éléments où peuvent vivre les microbes.

Les expériences faites sur la fumée de tabac sont satisfaisantes

au point de vue de son action microbicide, mais la fumée de tabac agit-elle sur les dents?

Si elle le fait, elle le fait d'une manière utile en détruisant les micro-organismes qui produisent la carie dentaire, mais l'habitude de mâcher du tabac est mauvaise.

En parlant de l'effet du tabac sur les dents, on dit qu'elles sont entourées au collet d'un cercle formé des résidus et du contact continuel des fluides du tabac.

J'ai connu beaucoup d'hommes qui mâchaient modérément du tabac et qui avaient atteint 65 et 70 ans avec des dents saines, j'en ai connu d'autres dont les dents s'étaient cariées rapidement, mais elles seraient tombées sans cela.

Au point de vue de l'usure et de l'abrasion mécanique, j'ai eu aujourd'hui, dans mon cabinet, un patient qui avait huit dents à la mâchoire supérieure et neuf à la mâchoire inférieure, il n'avait jamais mâché de tabac et ses dents étaient usées presque jusqu'à la gencive.

Les dents peuvent donc s'user ainsi chez les personnes qui ne mâchent pas de tabac. Je ne défends pas cette habitude. Je n'ai fumé qu'à l'âge de 25 ans et encore ce n'était pas par goût, mais maintenant cela me procure une grande satisfaction. Les personnes qui ont l'habitude de penser seules et ne veulent pas être dérangées l'emploient volontiers pour ses propriétés calmantes, comme d'autres se nourrissent de telle ou telle façon. Il y a des personnes qui mangent trop de pâté tous les jours et le pâté est plus mauvais que le tabac si on en abuse.

A mon avis, le tabac empêche la déperdition des tissus, et c'est pour cela qu'il a été adopté par le monde civilisé.

Il n'y a rien dans le tabac qui puisse affecter les dents et les microbes ne se mêlent pas au jus de tabac. Le jus ne fermente pas quand il est mêlé à la salive et si vous n'avez pas une substance qui puisse fermenter vous n'avez rien qui puisse se putréfier.

Sans aucun doute, une fois l'émail parti le tabac tachera les dents et, à cause de cette tendance il se forme au collet des dents une agglomération de corps étrangers et de calculs salivaires.

On reconnaît que les microbes neutres n'occasionnent pas la carie, mais par leur séjour sur les dents et les décompositions qu'ils produisent ils peuvent amener la formation d'une cavité.

Je ne conseille pas l'emploi du tabac à ceux qui n'en font pas usage, mais je dis qu'au point de vue de la science le tabac, employé comme il doit l'être, n'abîme pas les dents.

Dr Garett Newkirk. — Je crois à la réalité de quelques-uns des maux qu'on attribue au tabac, il exerce une influence malsaine surtout sur le système nerveux et sur le cœur. Souvent les médecins désireraient le prohiber, s'ils ne peuvent le supprimer complètement ils en recommandent du moins un emploi modéré.

Par le plaidoyer éloquent du Dr Harlan, nous pourrions croire que le tabac est une des plus grandes acquisitions de la civilisation.

Il existe beaucoup d'habitudes dont on ne peut définir la source. Beaucoup de personnes les contractent parce que c'est la mode.

Personne ne pourrait donner la raison pour laquelle les dames balaient les rues avec leurs robes en ce moment. « Il faut suivre la mode, me répondait hier une élégante, je ne puis me faire remarquer. » Je suppose que c'est pour cette raison que si beaucoup de personnes mâchent du tabac et boivent, c'est pour faire comme les autres.

Je n'ai pas observé les cas de pyorrhée dont parle le Dr Davis. Je ne me souviens pas d'avoir jamais vu un cas où j'ai pû attribuer la maladie au tabac. J'ai vu les cas les plus graves chez des patients qui ne fumaient pas et je ne crois pas nécessaire d'en supprimer l'emploi pendant le traitement. Cependant, en mâchant, des parcelles de tabac se trouvent refoulées dans les interstices des dents et se tassent au bord gingival. Cela cause une irritation locale et est un des plus mauvais effets produits par la chique.

Dr Louis Ottofy. Je pensais que l'auteur de la communication nous dirait pour quelle raison le tabac exerçait une action favorable sur les dents. Je ne croyais pas qu'il y eut des personnes qui nient les bons effets du tabac sur les dents. Je n'ai jamais entendu aucun dentiste dire qu'il était nuisible.

Nous essayons d'expliquer son effet sur l'extérieur de la dent, mais, depuis des années, j'ai la conviction que le tabac exerce une action favorable sur les dents par la circulation intérieure ; la nicotine, selon toute probabilité, exerce son influence en circulant avec le sang à l'intérieur de la dent.

J'ai toujours remarqué qu'une dent morte dans la bouche d'un fumeur était d'une substance plus molle et plus pareille à la craie que celle d'un autre patient.

En fumant on aspire nécessairement de la fumée, de cette façon la nicotine s'introduit rapidement dans la circulation, elle se mêle de suite au sang, qui l'apporte en contact avec le tissu des dents et je crois que de là vient son influence.

Je crois qu'en mâchant les effets favorables sont contre-carrés par les effets défavorables des tissus buccaux mous.

L'habitude de mâcher du tabac est mauvaise parce que ce tabac contient des impuretés, de la mélasse, du sucre, des petits graviers, et c'est ce qui est nuisible aux dents.

Les mâcheurs de tabac ont l'habitude de placer le tabac d'un côté de la bouche et de l'y laisser, c'est cela qui occasionne la perte de tissu et qui perd le bien qui pourrait résulter en cette habitude.

Je voudrais voir l'auteur nous dire d'où viennent les bons effets de la fumée de tabac sur les dents, s'ils viennent de l'effet du tabac, sur l'émail, ou si c'est par la circulation par la pulpe ou la dentine.

Il me semble que le seul effet du tabac sur les dents vient de ses qualités antiseptiques. C'est en mâchant et en fumant du tabac qu'on obtient d'une manière régulière et durable son influence antiseptique. Mais là se bornent les résultats heureux du tabac sur les dents.

Dr C. F. Hortt. Je crois que nous n'envisageons pas ce sujet sous un bon aspect ; si le tabac préserve les dents ce n'est pas d'une manière satisfaisante, et nous comme dentistes nous devons en déconseiller l'usage non seulement parce que cela enlaidit les dents mais les fumeurs deviennent moins soigneux de leur bouche. Et l'argent qu'on dépense en tabac devrait être dépensé chez le dentiste.

En un mot que le fumeur consulte son dentiste, il prendra alors une brosse à dents et cessera une habitude qui est non seulement coûteuse mais contraire à toutes les règles du raffinement et de la propreté.

Dr Truman W. Brophy. — Quand on discuta, il y a quelques années, la question de la conservation des dents par l'influence du tabac, j'en parlai à un de mes amis qui avait fait des expériences à ce sujet.

Il pensait primitivement que le tabac était un antiseptique, et croyait les dents des fumeurs meilleures que celles des autres, et celles des mâcheurs de tabac meilleures encore mais il fut surpris du résultat de ses expériences : Il me dit avoir placé des dents extraites dans une solution de tabac et au bout de six à huit semaines elles commencèrent à se désagréger, l'action du tabac sur elles était égale à celle d'un acide. Celui qui fit les expériences est le professeur Haines du Rush Médical Collège.

Si le Dr Davis veut poursuivre cette affaire je lui conseillerai de voir le Dr Haines pour savoir ses conclusions et profiter de ses expériences.

Je parle de lui parce qu'il est connu comme chimiste distingué, et ses expériences auront un certain poids pour résoudre la question.

Dr L. L. Davis :

Comme je le dis au commencement de ma communication, quand j'ai étudié ce sujet, je pensais trouver de bons arguments en faveur du tabac, j'ai parcouru de vingt à trente auteurs différents, j'en ai trouvé deux seulement qui approuvaient l'emploi du tabac et je les ai cités.

Rien ne me plairait plus, comme fumeur, d'avoir de bonnes raisons à fournir et j'aurais aimé à en entendre dire plus de bien par ceux qui ont discuté ce sujet ce soir. Mais une seule personne en a parlé d'une manière favorable un peu longuement et j'aurais obtenu tous les arguments favorables possibles sur ce sujet.

La séance est levée.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

I. Examen anatomo-pathologique de dent morte réimplantée dans un alvéole artificiel. — II. Stomatite blennorrhagique des nouveaux-nés. — III. Contracture des muscles masticateurs guérie par le massage. — IV. Ulcère de

la face s'étendant jusqu'au maxillaire supérieur. — V. Appareil prothétique tombé dans l'œsophage. — VI. De la salivation mercurielle.

I. — EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE DENT MORTE RÉIMPLANTÉE DANS UN ALVÉOLE ARTIFICIEL

Tel est le titre d'un article de M. le Dr Galippe dans le *Journal des Connaissances médicales*. Il s'agit d'une petite molaire conservée depuis longtemps par M. Hugenschmidt qui, après l'avoir fait tremper un mois dans la liqueur de Van Swieten et avoir bouché le canal radiculaire avec de la gutta, l'implanta à une jeune femme de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, pour remplacer la première petite molaire inférieure gauche disparue. Comme la racine de la dent était un peu trop volumineuse, M. Hugenschmidt enleva une partie de l'épaisseur de celle-ci.

L'opération faite antiseptiquement donna, pendant quinze jours, d'excellents résultats « la dent était solide et il n'y avait pas d'accidents inflammatoires, au bout de cette période la dent commença à remuer et six semaines après elle tenait si peu que M. Hugenschmidt l'enleva avec ses doigts. Il n'y avait ni inflammation, ni suppuration ».

M. Galippe s'est livré à l'examen de diverses coupes de cette dent et il conclut que « *cette observation nous montre la cause des insuccès dans la réimplantation des dents sèches* ». Nous devons avouer, qu'après avoir lu attentivement la relation de l'examen microscopique de cette dent, nous ne voyons pas du tout en quoi cet examen peut montrer quelque chose de probant. En effet, M. Galippe a trouvé diverses lésions qui, de son propre aveu, ou existait avant l'implantation ou ont été faites par l'opérateur au moment de cette opération et cela ne l'empêche pas de conclure par l'affirmation que nous venons de citer. Il a remarqué « l'existence d'une dentine pathologique caractérisée par l'irrégularité de l'orientation des canalicules et l'augmentation de leur diamètre ».

« Il est rationnel d'admettre, dit-il, que cette néo-formation de nature pathologique s'est produite à une époque où la dent réimplantée faisait encore partie intégrante de l'individu auquel elle avait appartenu. »

En examinant la face extérieure de la dent, il ne trouve pas de cément « soit que *celui-ci ait été détruit mécaniquement lors de la réimplantation*, soit qu'il ait été pathologiquement résorbé ».

Eh bien, alors, où donc sont ces lésions si caractéristiques qu'elles peuvent faire dire à M. Galippe qu'il y voit « la cause des insuccès dans la réimplantation des dents sèches ».

Voilà une dent dont la dentine était altérée avant la réimplantation, dont le cément a été limé avant cette même réimplantation : cela peut expliquer l'échec dans le cas particulier de M. Hugenschmidt. Mais pourquoi M. Galippe veut-il avec cette observation procéder du particulier au général.

S'il s'agissait d'une dent saine, réimplantée sans que l'on ait lésé en rien ses diverses parties, alors, là, l'examen aurait quelque inté-

rêt et pourrait prouver quelque chose ; ici, c'est, du moins, notre conviction, il ne prouve rien.

M. Galippe dit aussi qu'il a trouvé « la cavité pulpaire très élargie communiquant très largement avec l'extérieur par le canal radiculaire dont le diamètre est considérablement augmenté ».

Je ne suppose pas que ce soit cette lésion qui lui donne l'explication que nous cherchons puisqu'il dit quelques lignes plus haut que M. Hugenschmidt avait fait baigner la dent « pendant un mois dans la liqueur de Van Swieten après avoir ouvert la cavité pulpaire ».

Ces quelques lignes de critique ne sont pas d'un partisan de l'implantation, mais, comme nous l'avons dit plus haut, nous pensons que, d'un fait comme celui-là, il n'est pas possible de tirer des conclusions précises comme l'a fait M. Galippe.

II. — STOMATITE BLENNORRHAGIQUE DES NOUVEAUX-NÉS

Nous relevons dans les *Archives de médecine* deux observations très curieuses et très intéressantes communiquées par M. Kosensky à la société médicale de Könisberg.

Une femme atteinte de vaginite et d'uréthrite blennorrhagique accouche dans la rue, le 15 janvier ; elle est amenée aussitôt à l'hôpital avec son enfant qui, malgré la cautérisation préventive, est atteint, le 20 janvier, d'ophtalmie purulente grave de l'œil gauche ; trois jours après, on remarqua sur le dos de la langue, sur les gencives, le palais une infiltration purulente superficielle nettement limitée. Cela ne ressemblait à rien de connu, on en fit l'examen bactériologique et l'on trouva des gonocoques en grand nombre.

Les accidents buccaux commencèrent à diminuer quatre jours après leur début et un mois après il n'en restait plus trace.

Chez un autre nouveau-né, dont la mère avait contracté la blennorrhagie au troisième mois de la grossesse on observa les mêmes phénomènes, les plaques purulentes examinées, on y trouva également un grand nombre de gonocoques. Cette stomatite guérit en onze jours.

Dans ces deux observations, il n'est pas question du traitement appliqué, on a sans doute fait l'antisepsie buccale, tout indiquée dans ce cas.

III. — CONTRACTURE DES MUSCLES MASTICATEURS GUÉRIE PAR LE MASSAGE

La *Revue médicale* relate l'observation d'une jeune dame qui, à la suite d'une tentative d'extraction de la dent de sagesse inférieure gauche, fut prise de contracture des muscles masticateurs avec fièvre, douleurs vives et insomnie. Le Dr Archambaud conseilla le massage qui, dès le début, amena une notable amélioration et la disparition de la douleur. Au bout de huit jours de ce traitement il ne restait plus qu'un peu de raideur dans les mouvements, qui avaient leur étendue normale, la douleur et le gonflement avaient disparu. Des lavages antiseptiques de la bouche avaient été pratiqués concurremment avec le massage.

Le massage dans un cas de ce genre est tout indiqué, il donne également de très bons résultats dans les cas de fluxion où nous avons, nous-mêmes, obtenu par ce procédé une disparition rapide du gonflement.

IV. — ULCÈRE DE LA FACE S'ÉTENDANT JUSQU'AU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

A la société britannique de laryngologie et de rhinologie, dont le compte rendu est publié par la *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, M. Macintyre, de Glascow, a communiqué l'observation suivante :

Un malade de 62 ans, mécanicien, était atteint d'une ulcération de la face dont il souffrait depuis longtemps. Il présentait un ulcère rongeant s'étendant au plancher du nez, au cornet inférieur, à la plus grande partie du méat inférieur et à presque tout le côté droit du septum ; le maxillaire supérieur était détruit sur une étendue d'au moins un pouce. Les bords de l'ulcère étaient épais et infiltrés, les parties molles très exubérantes et il y avait une sécrétion abondante. Il n'y avait pas de tuméfaction des ganglions.

Il y a dix ans, à la suite d'une brûlure produite par quelques gouttes d'huile tombées d'une lampe allumée, le malade vit se développer une petite tumeur, grosse comme une tête d'épingle, qui, au bout de quelques mois, s'ulcéra en produisant de fortes douleurs. Le malade avait été opéré treize fois, mais chaque fois il y avait eu récidive.

Le Dr Macintyre enleva le maxillaire supérieur à l'exception de la lame horizontale du palatin et de la paroi postérieure de l'antre d'Higmore, il excisa largement les parties molles malades et réunit les lambeaux cutanés en reconstituant la lèvre supérieure.

La guérison se fit dans de très bonnes conditions, sans fièvre. La difformité résultant de la perte osseuse fut dissimulée à l'aide d'un appareil prothétique par le Dr Woodburn et, depuis, le malade n'a plus eu de douleur, il a repris ses forces et jusqu'à présent, près d'un an après l'opération, il n'y a pas de récidive.

V. — APPAREIL PROTHÉTHIQUE TOMBÉ DANS L'ŒSOPHAGE

A la même séance de la Société britannique de laryngologie et de rhinologie on a lu l'observation d'un malade de 36 ans entré dans le service de M Lennox Brown, à Londres, pour une altération de la voix et une difficulté pour avaler. Trois ans et demi auparavant, il avait avalé, en buvant, un petit appareil de caoutchouc supportant deux dents, et on ne put ni retirer, ni pousser l'appareil au moment de l'accident. Depuis lors, le malade l'avait assez bien toléré mais, très gêné maintenant, il ne pouvait rester ainsi.

Quand M. Lennox Brown examina ce malade il trouva l'appareil à peu près au niveau du cartilage cricoïde. Après avoir donné un peu de chloroforme pour diminuer le spasme, il amena avec un crochet le corps étranger dans le pharynx, d'où en faisant serrer la gorge pour le maintenir, il l'enleva avec une pince. Il retira, avec la sonde en ombrelle, un fragment de l'appareil qui s'était cassé

pendant ces manœuvres. Le résultat fut excellent. Ce cas est remarquable, dit l'observateur, par le peu de dommages causés par le corps étranger et par le rétablissement rapide et complet après l'opération.

VI. — DE LA SALIVATION MERCURIELLE

D'après la *Semaine médicale*, il résulte des recherches de M. Ullman, de Vienne, communiquées au Congrès International de dermatologie et de syphiligraphie tenu à Vienne, au mois de septembre, que la plus grande partie du mercure absorbé par l'organisme se retrouve dans les reins, le foie, la rate et le canal intestinal.

On ne trouve que des traces impondérables de mercure dans les glandes salivaires et pas du tout dans la salive. La salivation mercurielle ne doit donc être considérée que comme un phénomène réflexe.

La confirmation de ces faits par de nouvelles expériences serait intéressante; cela modifierait, du tout au tout, les théories admises sur la salivation mercurielle et sur la stomatite, pour ceux qui admettent l'influence du mercure dans ce dernier cas.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence, par le Dr R. Charon. Thèse de Paris, 1891.

Les malformations de la voûte palatine, signalées pour la première fois par Morel parmi les stigmates de la dégénérescence, sont, d'après les recherches de M. Charon, les plus fréquentes des anomalies morphologiques observées chez les aliénés.

Mme Sollier avait déjà, dans sa thèse, signalé la fréquence de ces anomalies chez les enfants idiots et arriérés (45 p. 0/0).

Dans la thèse qui nous occupe, l'auteur a fait la mensuration des divers diamètres de la voûte palatine chez 300 aliénés environ et a comparé ces mesures à celles prises sur des sujets sains. De ces recherches il résulte que :

« 1° La voûte palatine présente des modifications morphologi-
» ques chez 10 p. 0/0 des individus non aliénés ;
» 2° Les anomalies de la voûte palatine se rencontrent chez
» 80 p. 0/0 des aliénés et elles sont les plus fréquentes des anoma-
» lies physiques qui caractérisent la dégénérescence ;
» 3° Ces anomalies peuvent se ramener à un petit nombre de
» types plus ou moins accentués ou combinés entre eux dont les
» principaux sont : les types *plat*, *ogival*, *en dôme*, *angulaire* ;
» 4° Elles présentent une réelle importance dans le diagnostic
» étiologique des maladies mentales parce qu'elles sont, dans cer-

» tains cas, le seul signe de la dégénérescence physique et qu'elles
» ne font jamais défaut dans l'ensemble des autres malformations
» (du crâne, des oreilles, des yeux, des membres, etc.), et qu'enfin
» elles sont plus faciles à constater que beaucoup d'autres ano-
» malies ;

» 5° Les anomalies de la voûte palatine suivent une échelle as-
» cendante en rapport avec le degré plus ou moins avancé de la
» dégénérescence depuis le type plat jusqu'au type angulaire
» asymétrique.

» 6° Elles sont relativement peu fréquentes chez les paralytiques
» généraux (35 0/0) moins encore chez les aliénés atteints du délire
» des persécutions (de Lasègue) (25 0/0). Très fréquentes au con-
» traire chez les idiots et imbéciles (82 0/0) ; les aliénés hystéri-
» ques (70 0/0) ; les épileptiques (76 0/0) et chez les aliénés atteints
» d'autres affections mentales (manie, mélancolie, folie à double
» forme, intermittente, etc.) 80 0/0.

M. R.

REVUE DE L'ÉTRANGER

I. Le caoutchouc et sa vulcanisation. — II. Un nouvel oxy-phosphate pour sceller les couronnes.

LE CAOUTCHOUC ET SA VULCANISATION

Par Barrett.

Il y a plusieurs méthodes pour mélanger le soufre avec le caoutchouc. Il ne suffit pas de les mettre simplement en contact. Si on plonge une feuille simple de caoutchouc pendant un instant dans un bain de soufre fondu, elle absorbe à peu près un tiers de son poids, et quoique sa couleur soit un peu changée, elle n'est pas malgré cela, altérée d'une manière caractéristique, parce que les deux matières ne sont pas unies chimiquement.

Mais, si on le soumet à une température assez élevée, le mélange s'opère et le résultat est connu sous le nom de caoutchouc vulcanisé.

Si le bain de soufre fondu est à la température de 320° Fahrenheit, l'absorption et l'incorporation s'opèrent simultanément. La vulcanisation du caoutchouc, par conséquent, n'est pas l'application de la chaleur, mais la combinaison avec le soufre, qui ne se produit pas à la température ordinaire.

Il y a d'autres méthodes pour durcir le caoutchouc. Si des feuilles coupées sont placées dans un récipient en plomb dans lequel on introduit de la vapeur de chlorure de soufre, ou si on les trempe pendant quelques secondes dans une mixture d'une partie de chlorure de soufre et 40 parties de carbone bi-sulfite, ou de pétrole purifié, le procédé peut s'opérer sans le secours de la chaleur.

On peut aussi vulcaniser des feuilles coupées en les plaçant dans une solution de poly-sulfite de calcium, à une température de

320° Fahrenheit. Il y a aussi d'autres procédés pour durcir le caoutchouc par l'emploi de l'iodure et autres substances.

Une température de 320° n'est pas nécessaire pour vulcaniser le caoutchouc. Car, si la chaleur est aussi élevée, le produit est matériellement endommagé.

Si le soufre est parfaitement mélangé avec le caoutchouc, et le tout soumis à une température aussi basse que 240° pendant un temps suffisant, il se vulcanise et sera plus élastique que vulcanisé pendant moins de temps et à une température plus élevée.

Tout point, au-dessus du point où le caoutchouc pur se dissout, est suffisant, si on donne le temps au mélange de se faire parfaitement.

Si une plus grande proportion de soufre est mêlée au caoutchouc, et si la vulcanisation se fait à une température plus élevée, ou est continué plus longtemps, le caractère du produit est matériellement changé, et on obtient du caoutchouc dur ou ébonite.

On emploie généralement à peu près 40 0/0 de soufre pour l'obtenir.

Une espèce de caoutchouc d'un prix moins élevé est communément employée, il est « chargé » en le mélangeant avec une certaine quantité de matériaux terreux.

Le caoutchouc préparé est coloré en incorporant une quantité suffisante de noir de fumée.

Les caoutchoucs pour dentiers sont colorés en y ajoutant du vermillon.

On peut rendre le caoutchouc poreux quand il est vulcanisé, si on a incorporé dans la gomme une substance émettant des gaz à la température de la vulcanisation. La porosité est toujours l'effet d'une décomposition dans la substance de la masse, en se vulcanisant.

Ainsi, si on a employé de l'alun pour coaguler le jus de l'arbre, et qu'il n'ait pas été complètement enlevé, une fois vulcanisé, le caoutchouc sera poreux.

Le carbonate d'ammoniaque produira le même effet, ainsi que de petits morceaux de bois, ou toute autre substance se décomposant.

Il est possible aussi que le caoutchouc qui est « hydrophile » quand il a été précipité par un sel, contienne une humidité suffisante pour le rendre poreux quand la masse dépasse le point d'ébullition de l'eau. Si la température est subitement élevée, le caoutchouc peut se vulcaniser en restant poreux, tandis que si on donnait plus de temps les vapeurs pourraient s'échapper, et si le caoutchouc préparé était soumis à une pression, il pourrait se solidifier.

La porosité n'est pas dûe à un changement dans le caoutchouc lui-même. mais à la présence du gaz qui produit une distension.

Le soufre non combiné est nuisible mais une forte quantité est nécessaire pour assurer une vulcanisation parfaite.

On devrait l'enlever du produit achevé avec une solution caustique de potasse, ou un autre dissolvant.

Les effets imperméables et les objets de cette espèce sont faits en étendant sur le tissu préparé plusieurs couches minces de dissolution de gomme.

On peut pour ce procédé incorporer le soufre avant son application sur le tissu ; en ce cas, il est ensuite vulcanisé par la vapeur chaude, si le tissu contient de la soie ou de la laine, on n'emploie pas de soufre, la dernière couche pour sécher étant simplement mise en contact pendant un moment avec une mixture de chlorure de soufre et de carbone dioxide.

Les coussins, lits, et autres objets faits pour contenir de l'air sont formés d'un produit textile recouvert de caoutchouc, les différentes parties étant coupées sur un modèle et soudées quand elles sont molles.

Les souliers et chaussures sont faits de la même manière, d'une qualité inférieure de caoutchouc, africain ou indien, le tissu ayant une couche plus épaisse que pour les autres objets ordinaires. Le caoutchouc est fortement noirci, très fortement verni, et vulcanisé dans des fours chauffés à peu près à 275° Fahrenheit.

Les rubans élastiques sont faits en incorporant dans la matière des fils de caoutchouc très minces.

On construit spécialement de vastes fours, chauffés à la vapeur, pour vulcaniser les divers objets de manufacture.

Pour la digue on ne devrait employer que du caoutchouc de Para de première qualité.

Mais il est parfois difficile à obtenir, et le prix en est toujours élevé. De là la tentation d'employer du caoutchouc d'un prix moins élevé ou de mélanger, avec du caoutchouc de première qualité, d'autre de qualité inférieure, et seules les maisons d'une réputation établie et d'une probité à toute épreuve peuvent, être recommandées pour fournir des produits parfaits.

Les maisons de fournitures pour dentistes ne peuvent, pas plus que les dentistes, reconnaître la qualité du caoutchouc à première vue.

Ce n'est que l'emploi journalier qui montrera la valeur et cette épreuve même est parfois incertaine.

Le caoutchouc se détériore quand il est exposé à l'air et à la lumière. Il s'oxyde, comme beaucoup d'autres produits. En contact avec l'ozone il se détériore rapidement, et le gaz oxygène l'abîme très vite. La présence de l'ammoniaque lui est également nuisible.

Les caoutchoucs peuvent non seulement être mêlés à des gommes de qualité inférieure, mais il y a des prétendues « imitations de caoutchouc » composées de matières gélatineuses employées pour l'altérer.

Même quand on emploie du caoutchouc pur de Para, il a pu être mal séché en le cueillant, et cela affecte la qualité du produit, et si on peut se procurer de la gomme de Para parfaitement pure, qui a été bien coagulée et séchée en la récoltant, cela n'est pas le dernier facteur dans la préparation du caoutchouc pour la manufacture. On devrait le couper, et le garder pendant au moins un an afin

que l'opération du séchage soit complète. Si on ne fait pas cela, il y aura un degré plus ou moins grand de porosité, par la formation du gaz pendant la vulcanisation, et la feuille sera moins solide et moins durable. Mais l'entreprise d'un stock considérable de gommes d'un haut degré, avec les pertes qui en dépendent et les intérêts sur les sommes avancées, est une lourde affaire, et la tentation de modifier les produits est irrésistible, sauf pour les manufacturiers riches et consciencieux.

Ensuite le plus grand soin est nécessaire dans le cours de la fabrication, où le produit est détérioré. Si les rouleaux employés, pour mêler, pétrir et étendre la gomme, sont trop ou pas assez chauds, le résultat n'est pas satisfaisant. Si on met un peu trop de soufre, ou si on vulcanise à une température trop élevée, la feuille est endommagée. Si elle n'est pas roulée d'une façon égale, le résultat est également mauvais.

Elle est également altérée si elle se trouve contact avec du gaz délétère, ou si on la laisse s'oxyder après la vulcanisation.

Le dentiste peut également la laisser se détériorer et l'attribuer à tort au fabricant.

On voit ainsi que la gomme pour la digue est sujette dans beaucoup de cas à se détériorer, tout en étant au début de la plus pure qualité.

L'épaisseur de la feuille a une grande importance pour son utilité. Si elle est trop lourde, elle est rude et ne plie pas ; si elle est trop mince, elle n'a pas assez de résistance.

Quelques-unes des feuilles très minces, sont préparées par un autre procédé que la vulcanisation.

La gomme peut être séchée par le moyen que j'ai indiqué ici, commé « Procédé par les Acides » ou par une autre méthode moins coûteuse.

J'ai dit, un peu plus haut dans cet article, que le caoutchouc n'était exposé qu'un temps très court aux vapeurs du chlorure de soufre.

Cela est très nuisible aux ouvriers, et le caoutchouc préparé par ces moyens se détériorera promptement.

En outre, comme il ne peut être exposé à l'acide que très peu de temps, la surface seule est atteinte et si la feuille est épaisse, elle n'est pas homogène. C'est pourquoi cette sorte de digue est toujours faite très mince.

(The Dental practitioner and Advertiser.)

UN NOUVEL OXYPHOSPHATE POUR SCELLER LES COURONNES

Par U. B. Ames, D. D. S. Chicago. Ill.

Il y a peu de procédés auxquels la chimie est appliquée, et dont la connaissance soit plus empirique que celle des ciments.

En chimie générale, les meilleurs auteurs ne cherchent pas à donner une connaissance exacte des divers ciments hydrauliques et l'oxychlorure de zinc est simplement noté comme un ingrédient

formant un ciment employé par les dentistes pour remplir les cavités des dents.

Il n'est fait mention de l'oxyphosphate de zinc dans aucun ouvrage de chimie. De tous les divers oxyphosphates mis en vente, je suis d'avis, après en avoir examiné beaucoup, que l'oxyde de zinc est la base ; d'autres matières telles que le silicate d'alumine et de magnésie combinés, agissent pour modifier la plasticité et la dureté.

Après une longue série d'expériences sérieuses, je suis arrivé à la conclusion que très peu d'oxydes métalliques possèdent la propriété de former un ciment combiné avec de l'acide phosphorique et de l'eau.

Les oxydes de zinc, de cuivre et de mercure, ont seuls cette propriété.

Le sels de mercure étant dangereux, tout en pouvant rendre de grands services, rendent l'oxyde de ce métal dangereux dans la bouche, de sorte que le seul oxyde pouvant rendre des services est l'oxyde de cuivre.

Des oxydes de cuivre, nous avons le rouge et le noir.

L'oxyde de cuivre rouge forme un ciment avec de l'acide phosphorique et de l'eau, lequel a certains avantages, mais il se rétracte beaucoup, il n'est pas solide et devient friable en se cristallisant.

L'oxyde de cuivre noir forme avec l'acide phosphorique et de l'eau en bonnes proportions un ciment qui a de grandes qualités de la dureté et de la stabilité. Il promet de devenir une matière précieuse pour les obturations et la fixation de couronnes et de ponts.

Sa plus grande propriété est la latitude qu'on a d'employer une grande proportion d'oxyde dans le mélange, sans hâter la cristallisation de la masse.

Avec une quantité excessive d'oxyde, la cristallisation est assez lente pour permettre de mélanger parfaitement et de manipuler pendant le temps de faire une obturation ou de fixer une couronne ou un appareil à pont.

Il retient sa plasticité pendant très longtemps sur une plaque lisse froide, mais se cristallise rapidement sons l'influence de la chaleur.

Tout en donnant largement le temps de travailler, il durcit plus rapidement une fois placé dans la bouche. Il est à cet égard supérieur aux oxyphosphates de zinc.

La cristallisation de ce ciment, quand on a employé les bonnes proportions, me semble plus parfaite que celle d'aucuns de ciments d'oxyde de zinc que j'aie jamais vus.

Il a une dureté de caillou, telle que je n'ai jamais rencontré chez un autre oxyphosphate.

Si on emploie un oxyde pur, exempt de cuivre métallique, la dent n'est pas tachée par l'imprégnation. Si il y a du cuivre métallique, il y a une décoloration graduelle, semblable à l'imprégnation des tissus dentaires par les autres amalgames.

Il a une influence antiseptique puissante à l'état plastique, par suite de la petite quantité de phosphate de cuivre formée pendant le mélange, l'oxyde de cuivre étant soluble dans l'acide phosphorique pur et devenant insoluble après la cristallisation.

Pendant que le ciment durcit, il y a un goût particulier cuivreux et salé, qui disparaît quand la cristallisation est complète.

Cette sensation est analogue au goût acide et astringent des obturations récentes d'oxyphosphate de zinc, produit par le phosphate de zinc formé pendant le mélange.

L'acide phosphorique chaud peut dissoudre une quantité considérable d'oxyde métallique ; à froid, la dissolution ne s'exerce que sur de petites quantités. L'application pratique de ceci est que l'emploi de l'oxyde métallique assure une action antiseptique aux ciments.

L'acide phosphorique attaque promptement les métaux les plus électro-positifs, cela prouve que nous devons éviter d'employer une spatule d'acier non plaquée pour mélanger les oxyphosphates.

Si la solution d'acide phosphorique contient la juste proportion d'eau pour la cristallisation la meilleure avec l'oxyde employé, cette proportion peut être modifiée désavantageusement par la combinaison d'une portion de l'acide avec le métal de la spatule et c'est la raison qui l'a fait adopter par le monde entier. Je ne discute pas la question de l'emploi du tabac.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

MOULES DE PLATRE, AVEC LES DENTS OU LES RACINES IMPORTANTES REVÊTUES D'AMALGAME DE CUIVRE

Par M. R. S. Parris.

Prendre l'empreinte avec le composé plastique selon le mode ordinaire, et avant de couler le plâtre, tasser de l'amalgame de cuivre, gâché un peu mou, dans les empreintes des dents, ou sur les tubercules ou les racines, partout enfin ou le modèle devra présenter une grande résistance. Pour offrir au plâtre une bonne prise, laisser la surface de l'amalgame rugueuse.

Attendre assez longtemps pour que l'amalgame ait durci avant de faire usage du modèle. On peut procéder pour cela de plusieurs façons.

1° Si on a du temps devant soi, on peut laisser l'amalgame durcir avant de couler le plâtre;

2° On peut verser le plâtre et laisser le moule jusqu'à ce que le plâtre et l'amalgame aient pris, avant d'enlever la composition;

3° On peut encore retirer la composition du modèle presque immédiatement, après quoi il faut permettre au plâtre et à l'amalgame de durcir.

Si l'on fait choix de ce dernier moyen, il importe que la composition soit complètement renouvelée et qu'on l'enlève très soigneusement, autrement elle entraînerait avec elle de petits fragments de l'amalgame.

La première méthode est la meilleure.

Les avantages d'un modèle en plâtre et amalgame de cuivre combinés sur un modèle entièrement en plâtre sont les suivants :

a) On peut le frotter sans le détériorer;

b) L'huile de la couleur est sans action sur lui ;

c) Il est assez résistant pour supporter le brunissage de la plaque ou des colliers placés sur lui.

L'amalgame de cuivre employé de la sorte est très utile sur les racines destinées à recevoir des pivots, ou sur les dents que l'on veut ponter ou auxquelles on se propose d'adapter des crochets métalliques ; et spécialement sur les tubercules du modèle d'articulation qui devront s'articuler avec des dents artificielles.

La dépense de l'amalgame est très faible quand on le fait soi-même, et de plus, le moule une fois établi, l'amalgame peut être brisé, lavé pour le débarrasser du plâtre et servir tant qu'on voudra.

(Progrès Dentaire.)

FORETS AVEC POINTE-GUIDE DE M. PEDLEY

M. Pedley décrit ainsi ces instruments ; ce sont de longs forets triangulaires et amincis, l'extrémité en est arrondie. Quand la pointe pénètre dans un canal, elle sert de guide au trait, coupant droit sans se briser et sans risquer de traverser la dent, ce qui arrive souvent quand le crochet est même légèrement recourbé.

(Quaterly circular.)

UNE NOUVELLE PILE ÉLECTRIQUE

On annonce, dit l'*Electricity*, qu'une pile électrique primitive a été perfectionnée à Londres, dont les résultats promettent des développements remarquables.

Du carbone fait de petite houille est employé en place de zinc, l'électrolyte étant du nitrate de potasse d'une certaine condition.

Une grande puissance est généralisée pour une dépense minime, en un très petit laps de temps, cela étant de la plus grande utilité pour la propulsion des navires et pour d'autres emplois.

L'invention a été patentée, mais n'est pas encore prête pour le public.

Beaucoup d'inventeurs travaillent dans cette voie depuis long-

temps, et la solution du problème en Angleterre si elle est confirmée sera très satisfaisante.

(*The Journal of the British Dental Association.*)

NOUVEL ALLIAGE

Le *Scientific American* donne la composition d'un alliage découvert par un Allemand, M. Reith, qui, d'après l'auteur, résiste pratiquement à l'action des solutions alcaline et acide les plus fortes. Voici les proportions des métaux qui entrent dans sa composition : cuivre, 15 parties ; étain, 2,34 ; plomb, 1,82, antimoine, 1.

(*Journal of the B. D. Association.*)

DISQUES DE CORINDON

Quand on fait usage de ces disques, il est bon d'ajouter quelques gouttes d'alcool à l'eau destinée à les humecter, et quand ils s'encrassent il faut les plonger dans une solution de potasse caustique, puis les laver dans de l'alcool affaibli.

(*Journal of the B. D. Association.*)

DISSOLUTION DU CAOUTCHOUC

On facilite la dissolution du caoutchouc en ajoutant de 5 à 15 pour cent d'essence d'eucalyptus au benzol de bisulfure de carbone employé ; dans les deuxièmes proportions, le mélange de bisulfure de carbone dissoudra presque 20 pour 100 de caoutchouc.

(*Journal of the B. D. Association* et *Progrès Dentaire.*)

MOYEN D'OBTENIR L'ANTAGONISME DES MACHOIRES

Le Dr W. Goodfellow, de Sussex (New Brunswick) nous indique un procédé qui ne manque jamais de donner l'antagonisme exact pour articuler les dents artificielles : faire ouvrir la bouche du patient et voir si la langue est placée solidement contre la voûte palatine, la fermer hermétiquement. Dans cette position il est impossible d'avancer la mâchoire inférieure.

(*Dental advertiser.*)

POUR SOUDER L'ALUMINIUM

MM. F. J. Page et Anderson, de Waterbury-Connecticut, prétendent que les surfaces d'aluminium peuvent être soudées avec succès ensemble, ou à d'autres surfaces métalliques, par l'emploi du chlorure d'argent comme dissolvant avec la soudure ordinaire.

Les pièces de métal, une ou les deux si c'est de l'aluminium, sont placées dans la position relative nécessaire pour les souder.

Du chlorure d'argent en poudre fine est étendu sur la ligne de soudure, avec un chalumeau ou un autre instrument.

Les soudures sont ainsi aisément obtenues, et deviennent dures et parfaitement solides en se joignant, et ne peuvent ni se fêler, ni s'écailler.

(*Items of interest.*)

TREMPE DE L'ACIER

On peut rendre l'acier aussi dur que le diamant en le chauffant à blanc et ensuite le plonger dans de la cire à cacheter, continuant l'opération jusqu'à ce que l'acier refroidisse.

C'est de cette manière que les graveurs allemands durcissent les outils qu'ils emploient pour leur travail.

MOYEN DE FAIRE TENIR LE PANSEMENT DANS LES CAS DIFFICILES

Quand la forme de la cavité est telle que le pansement ne puisse y entrer, on glissse un morceau de tube en caoutchouc sur la dent, spécialement quand elle est isolée.

(*The Journal of British Dental Association.*)

LES DANGERS DE L'ALUMINIUM

Il est reconnu que l'aluminium dans certaines circonstances est un toxique, et comme son emploi dans les travaux dentaires a été recommandé, on fera bien de s'en souvenir.

Il paraît que les autorités militaires du continent avaient adopté ce métal pour la manufacture des gamelles de soldats et leurs bouteilles.

Récemment un soldat, en garnison près de Nuremberg, avait rempli en partie sa bouteille avec du cognac, et après en avoir bu une petite quantité il fut pris de vomissements.

Les particularités du cas éveillèrent les soupçons du médecin, il fit analyser la bouteille et son contenu, quand on découvrit qu'il y avait des taches noirâtres, de forme ronde, sur la surface intérieure de la bouteille, et qu'elles contenaient une grande proportion d'aluminium et de fer. Le cognac était devenu boueux, et, selon l'opinion du chimiste chargé de l'analyse, avait fortement rongé le métal.

(*Journal of the British Dental Association.*)

LISTE DES DERNIERS BREVETS RELATIFS A L'ART DENTAIRE, DÉLIVRÉS AUX ÉTATS-UNIS [1]

W. Williamson. — N° 454.242 du 9 septembre 1891. — Perfectionnements aux machines à fraiser.

C. K. Bryant. — N° 453.254 du 8 avril 1891. — Mèche à percer.

Van R. David. — N° 453.366 du 24 octobre 1891. — Maillet automatique.

G. B. Snow. — N° 454.079 du 29 septembre 1890. — Procédé de vulcanisation.

1. Communication de MM. Marillier et Robelet, office international pour l'obtention des brevets d'invention en France et à l'étranger, 42, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

R. E. Zellers. — N° 454.415 du 6 octobre 1890. — Appareil à vulcaniser.

G. W. Nutz. — N° 454.659 du 18 septembre 1890. — Tour de dentiste.

F. E. Case. — N° 455.168 du 22 octobre 1889. — Fauteuil pour dentistes.

A. C. Fones. — N° 455.450 du 18 mars 1891. — Dent artificielle.

D. Stuck. — N° 457.059 du 19 septembre 1889. — Fauteuil mécanique articulé.

A. Wilcox. — N° 459.429 du 2 février 1891. — Arbre flexible pour appareils de dentistes.

J. S. Campbell. — N° 461.146 du 2 décembre 1889. — Fauteuil de dentiste.

E. Hay. — N° 461.754 du 26 juin 1891. — Manche porte-outil pour machines de dentistes.

Miller et Wells. — N° 462.267 du 25 mars 1891. — Tour à fraiser fonctionnant par un moteur électrique.

J. O. Keller. — N° 462.409 du 30 décembre 1890. — Porte-fraise.

O. Booth. — N° 462.530 du 5 juillet 1890. — Mandrin de tour à fraiser.

R. Sabin. — N° 457.937 du 3 juin 1891. — Porte-empreinte articulé.

QUESTIONS ET RÉPONSES

Demande à M. Ch. Godon, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

... Dans le 2e article consacré à la situation des dentistes dans la *Revue Internationale* il est dit ceci :

Les dentistes autorisés à exercer en vertu des dispositions transitoires (patentés au 1er janvier 1892) et plus loin : Le groupe des dentistes autorisés comprendra tous ceux qui, Français ou étrangers exerçant en qualité de patentés au 1er janvier 1893, auront le droit de continuer à pratiquer.

Je ne comprends pas très bien. Ces deux époques, patentés au 1er janvier 1892 et ceux compris exerçant en qualité de patentés au 1er janvier 1893.

Est-il possible qu'un jeune homme actuellement mécanicien dentiste puisse obtenir cette patente en question quoique à cette époque, janvier 1893, sa majorité sera à peine arrivée ?

Réponse. M. G. à A..... Pour obtenir une patente en France permettant d'exercer une profession, il faut être majeur, c'est-à-dire avoir vingt-et-un ans accomplis.

Mais on peut, lorsque cela est nécessaire, faire déclarer un jeune homme majeur dès l'âge de dix-huit ans en le faisant émanciper. Dans ce cas et lorsque l'émancipation est prononcée, le jeune homme

peut être patenté. Ce qui serait le cas pour votre jeune mécanicien dentiste.

Pourtant il faudrait, pour bénéficier de la loi, qu'il fût patenté en 1892. C'est-à-dire avant le 1er janvier 1893.

Ch. G.



NOUVELLES

M. le docteur Adolf Witzel (d'Essen) est nommé privatdocent à la faculté de médecine d'Iéna.

M. le docteur F. E. Huxley est nommé professeur de chirurgie dentaire au Queen's collège de Birmingham.

M. le docteur P. F. Fedorow est nommé privatdocent d'odontologie à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

Nous avons eu le plaisir d'assister à la bénédiction nuptiale de deux de nos jeunes diplômés. M. Fresnel, préparateur du cours de pathologie spéciale, et Mademoiselle Martinot. Un certain nombre de nos confrères sont venus féliciter les jeunes époux.

EN L'HONNEUR DE DEUX DENTISTES

Nous reproduisons ci-dessous un vote de l'Association dentaire Américaine en l'honneur de deux de ses membres morts en 1892. Le bureau de l'Association nous en demande l'insertion et nous sommes heureux de déférer à son désir. Ce vote fait non seulement honneur à ceux qui en sont l'objet mais encore à ceux qui l'ont émis.

Dr John Allen

« Nous chérirons toujours la mémoire de notre frère défunt et chercherons à établir et perpétuer les principes élevés qui illustrèrent si entièrement sa noble carrière.

» Que les traits qui caractérisèrent la vie de celui dont nous honorons la mémoire sont dignes non seulement de notre haute considération, mais doivent suggérer une ardente émulation.

» Que ce témoignage soit placé sur une page commémorative des transactions de cette corporation et qu'une copie en gros caractères soit envoyée à la famille du défunt ; qu'on en envoie une également aux journaux dentaires de ce pays et à l'étranger, pour qu'ils la reproduisent. »

Dr Kingsbury

» Nous chérirons toujours la mémoire de notre frère défunt, et serons » heureux de l'honorer et d'imiter les points remarquables de son caractère.

» Que ce témoignage et cette résolution soient placés sur une page » commémorative de transactions de cette corporation. Qu'une copie, en » règle, soit transmise par le secrétaire à la famille du défunt. »

Le Dr J. A. Kimboll, un dentiste de New-York, s'est suicidé le 16 août dernier à la suite d'un accès de mélancolie. Il venait de créer un journal dentaire intitulé « *The dentist himself* ».

L'ART DE MANIER ET D'INTRODUIRE LA SERINGUE

Quoique cet instrument soit parmi les plus utiles dans notre arsenal opératoire, nous n'avons pas à l'introduire dans la même cavité que M. Purgon.

Les conseils ci-dessous ne nous concernent que de loin, que de très loin. Nous les reproduisons quand même. Si on ne leur trouve pas d'utilité pratique on ne leur déniera une pas valeur hilarante.

Ils sont extraits d'une leçon de M. Dujardin-Beaumetz qui, ayant à parler de l'art de formuler, a consacré sa première leçon à l'historique de la question.

Je ne puis terminer ce sujet sans vous lire le curieux passage que voici, que je trouve dans l'*Histoire des apothicaires*, passage qui indique comment on doit s'y prendre pour administrer un clystère : « Au moment de l'opération, dit ce vétéran de l'apothicairerie, le malade doit quitter tout voile importun, il s'inclinera sur le côté droit, fléchira la jambe en avant, et présentera tout ce qu'on lui demandera, sans honte ni fausse pudeur. De son côté, l'opérateur, habile tacticien, n'attaquera pas la place comme s'il voulait la prendre d'assaut, mais comme un tirailleur adroit qui s'avance sans bruit, écarte ou abaisse des brousailles ou des herbes importunes, s'arrête, cherche des yeux, et qui, lorsqu'il a aperçu l'ennemi, ajuste et tire. Ainsi l'opérateur usera d'adresse, de circonspection, et n'exécutera aucun mouvement avant d'avoir trouvé le point de mire. C'est alors que, posant révérencieusement un genou en terre, il amènera l'instrument de la main gauche, sans précipitation ni brusquerie, et que, de la main droite, il abaissera *amoroso* la pompe foulante, et poussera avec discrétion et sans saccades, *pianissimo.* »

UNE VIEILLE COUTUME CURIEUSE DE LA NORWÈGE

On trouve dans quelques parties de la Norwège, dans les chaumières aussi bien que dans les maisons appartenant aux riches paysans, des chaises de bois dans lesquelles sont enfoncées des dents. Pendant plusieurs générations, c'était une habitude, abandonnée maintenant, d'enfoncer les dents de la première dentition dans les sièges. On en voit plusieurs rangées dans quelques chaises.

On dit que cette coutume est très ancienne ; quelques-uns disent qu'elle remonte aux jours du paganisme. Mais on en ignore l'origine.

Quarterly Circular.

Un râtelier en vente. — Le dentiste Joselyn, à Ausonia, Connecticut, qui sans se contenter d'extraire ou de remettre des dents, prête sur gage et fait le vétérinaire, avait il y a sept ans posé à un M. Henry Brandly un râtelier, qu'il n'avait pas encore pu se faire payer.

Pour forcer son débiteur récalcitrant à s'acquitter, Joselyn a fait insérer dans l'*Ausonia Sentinel* un avis mettant en vente aux enchères le râtelier de M. Henry Brandly. Celui-ci, furieux, poursuit en diffamation le dentiste et le journal qui a inséré l'avis.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
Revue odontologique.
L'Art dentaire.
Le Progrès Médical.
La Gazette des Hôpitaux.
Le Bulletin Médical.
Les Connaissances médicales.
La pratique médicale.
Le Journal d'Hygiène.
L'Union médicale.
Gazette de Gynécologie.
Archives de Pharmacie.
L'Avenir Pharmaceutique.
Revue Odontologique de Belgique.
Revue et Archives suisses d'Odontologie.
Annales de la Société d'Odontologie de la Habana.
The Dental Cosmos.
Items of interest.
The Dental Review.
Ohio State Journal of Dental science.
The British Journal of Dental science.
The Dental Record.
The Dental Luminary.
The Dental Advertiser.
The Archives of Dentistry.
The Dental Eclectic.
The International Dental journal.
Correspondenzblatt für Zahnärzte.
Journal für Zahnheilkunde.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.
Zahntechnische Reform.
Skandinavish Tidschrift for Tandlaeger.
Monatsschrift des Vereins Deutcher Zahnkünstler.
Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.

Le gérant : P. Dubois.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A MAJESTÉ.

BIBLIOGRAPHIE ODONTOLOGIQUE

BLOCMAN. — *Rapport des Travaux de la 1re section du Congrès Historique de la Société d'odontologie.*

P. DUBOIS. — *Rapport présenté au Cercle des dentistes*, au nom de la commission chargée d'examiner le projet de la Faculté de médecine sur la réglementation de l'exercice de l'Art dentaire. (*Odontologie*, 1882.)

Lois sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des députés.

Rapport présenté au nom de la Commission de l'Association générale des dentistes de France, chargée d'examiner les projets sur l'exercice de la médecine, soumis à la Chambre des députés (Chez Lecrosnier et Babé 1890).

De la constriction permanente des mâchoires (*Odontologie*, 1885).

L'Art dentaire aux Etats-Unis (Berthier, et *Odontologie* 1887-1888.)

Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste. Première partie. Thérapeutique de la carie dentaire, 2e édition. (Lecrosnier 1889.)

P. DUBOIS, AUBEAU et THOMAS. — *Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste*, 1re édition (Lecrosnier, 1885).

CH. GODON. — *La réforme de l'art dentaire* : Projet de fondation à Paris d'une Ecole professionnelle libre de chirurgie et de prothèse dentaires (*Bulletin du Cercle des dentistes de Paris.* — N° 5. — Janvier 1880).......... 1,50

Le Cercle des dentistes de Paris et la Société syndicale de l'art dentaire. Réponse au Dr Stoess (*Bulletin du Cercle des dentistes.* — N° 8. — Août 1882).

Discours comme président du Cercle des dentistes de Paris (*Bulletin du Cercle des dentistes*, février 1881 ; *Odontologie*, juin 1881 et mars 1882).

Rapports annuels de l'Association générale des Dentistes de France et de la Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris, de 1880-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90 (*Bulletins du Cercle des dentistes et Odontologie.* 1879-1891).

La Réforme de l'Art dentaire : Etude des projets de réforme en Belgique (*Odontologie*, numéro d'octobre 1886.)................................ 1,50

Les Services dentaires gratuits en France (*Odontologie*, numéro de février 1887.).. 1,50

L'enseignement de l'Art dentaire : Programmes, procédés et méthodes d'enseignement. *Odontologie*, numéros d'août et de septembre 1887. Communication au Congrès médical international de Washington................. 1,50

Reconstitution de l'identité des cadavres par l'examen du système dentaire. (*Odontologie*, juin 1887).

L'Antisepsie du matériel opératoire en chirurgie dentaire : (*Odontologie*, décembre 1889).

L'enseignement de l'Art dentaire : Communication au Congrès dentaire international de Paris, 1889. (Voir comptes rendus 1891)................. 1,50

La situation légale de l'Art dentaire devant la Chambre des députés. (*Bulletin médical et Odontologie*, 1890)...................................... 1,50

L'Ecole dentaire de Paris et son ancien directeur : Réponse au Dr Th. David. — Paris, 1890.

L'exercice de la profession de dentiste doit-il rester libre en France ? Analyse critique de certains points de la loi sur l'exercice de la médecine. 84 p. Paris, 1891.. 1,50

L'organisation de la profession de dentiste en France. Lettre à M. Monod directeur de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur, 48 p. Paris 1892. 1,50

R. HEIDÉ. — *Un exposé comparatif du traitement des divisions de la voûte palatine.*

L'aurification par la rotation. (Méthode Herbst) chez Lecrosnier et Babé.

La reconstitution des dents découronnées. Chez Lecrosnier et Babé.

E. PAPOT. — *De la prise de l'articulation dans les cas d'absence totale des dents* (*Revue dentaire*, 15 mars 1886).

De l'extraction des dents : Ses indications et contre-indications. Chez Lecrosnier et Babé, 16 p.

Compte rendu générale des travaux de la Société d'Odontologie, année 1890. — *Réponse au rapport sur la gestion financière de l'Ecole depuis sa fondation.* Châteauroux, in-4° 6. p.

RICHARD CHAUVIN. — *Communication sur la construction d'un appareil de prothèse bucco-facial* (*Bulletin du Cercle des dentistes*, octobre 1879.)

Communication sur l'obturation des dents par des fragments d'émail (*Odontologie*, février 1886).

Communication sur l'or mou comme matière obturatrice (*Odontologie*, juill. 1886.)

Note sur les injections sous-gingivales de cocaïne et les propriétés de cet agent pour calmer les douleurs de la périostite et de la pulpite aiguës (*Odontologie*, mars 1887).

Hygiène de la bouche (*Odontologie*, décembre 1888).

Scellement des tubes pour les dents à pivot (*Odontologie*, avril 1888).

Travaux comparatifs sur la cocaïne synthétique et sur le chlorhydrate de cocaïne dans les opérations dentaires (*Congrès dentaire international*, 1889).

L. RICHARD-CHAUVIN ET ED. PAPOT. — *Anatomie normale des grosses molaires inférieures envisagées au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique* (*Odontologie*, octobre 1886).

La gingivite, essai de classification, thérapeutique rationnelle, conséquences pathologiques : Communication au congrès dentaire internationale, chez Lecrosnier et Babé, 32 p.

VOL. 1. NOVEMBRE 1892 N° 5

REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'OPPORTUNITÉ DE L'EXTRACTION DE LA MOLAIRE DE SIX ANS

Par M. Maurice Roy,

Médecin de la Faculté de Paris, Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Sous le titre : *The Desirability of Extraction of the six-year-old molar* (de l'opportunité de l'extraction de la molaire de six ans) une question du plus haut intérêt pratique était mise à l'ordre du jour de la British Dental Association dans la réunion qui s'est tenue au mois d'août dernier à Manchester. Nous donnons dans le corps du journal le compte rendu de la discussion que nos lecteurs liront certainement avec grand intérêt et nous avons pensé qu'il serait intéressant de donner un exposé résumé de cette question controversée, qui a déjà donné lieu à des travaux de valeur, et de rappeler les divers avis émis antérieurement à cette discussion à la British Dental Association dans laquelle, nous regrettons de le constater, on paraît ignorer complètement les travaux des devanciers et notamment les travaux français.

La question de l'extraction de la molaire de six ans offre plusieurs points à examiner. Le premier qui s'impose tout naturellement est celui-ci : Doit-on enlever la dent de six ans ?

Si nous recherchons dans les auteurs du XVIIIe siècle et du commencement du XIXe siècle nous voyons que plusieurs se prononçaient déjà en faveur de l'extraction, Bourdet [1], Fox [2], la

1. Bourdet, *Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du Dentiste,* 1757, p. 67.
2. J. Fox, *Histoire naturelle et Maladies des dents,* 1803, p. 68.

conseillent lorsque cette dent est cariée, Lécluse [1], Duval [2], Oudet [3], Maury [4] ne parlent pas de la dent de six ans, mais conseillent, dans un but orthopédique, l'extraction d'une prémolaire.

Si nous consultons les traités modernes d'art dentaire, nous y trouvons l'extraction de la dent de six ans cariée conseillée par presque tous, Magitot [5], John Tomes [6], Harris et Austen [7] n'ont pas d'hésitation à cet égard ; Andrieu [8], dans une intéressante monographie présentée au Congrès médical international de Washington en 1887, dit que l'on doit pratiquer l'extraction de cette dent même lorsqu'elle est peu cariée ; il considère cette pratique comme un principe presque absolu et ne comportant qu'un très petit nombre d'exceptions. Cette thèse souleva des objections, au Congrès même M. Dubois [9] et M. Shepard de Boston [10] se firent les défenseurs de la dent de six ans et la même année M. Davenport [11] faisait à la Société de New-York une communication très étudiée où il combattait l'extraction de toute dent en général et de la molaire de six ans en particulier, son travail a été traduit et annoté par le Dr Marchandé qui l'a fait connaître aux lecteurs français.

Nous n'insisterons pas sur les motifs pour lesquels les divers auteurs conseillent l'extraction d'une ou de plusieurs dents même saines, ils sont connus de tous, c'est soit dans le but de faciliter le bon arrangement de dents irrégulières, soit de desserrer les dents restantes et d'éviter ainsi l'invasion de la carie, en partant de ce principe bien connu que le contact des dents entre elles la favorise, soit enfin dans le but de faire de la place à la dent de sagesse, but que se proposait presque exclusivement M. Andrieu [12] et que Bourdet [13] indiquait déjà dans ses ouvrages.

---

1. Lécluse, *Nouveaux éléments d'Odontologie*, Paris, 1754, p. 99.
2. J. Duval, *Le Dentiste de la jeunesse*, 1817, Paris, p. 83.
3. Oudet, Art. Dent. *Dict. de médecine*, tome X, 2e édition, Paris, 1835, p. 153.
4. Maury, *Traité complet de l'art du Dentiste*, Paris, 1841, p. 81.
5. Magitot, Art. Dent. *in Dict. Encycl. d. sc. méd.*, Paris, 1882, p. 351.
6. J. Tomes, *Traité de chirurgie dentaire*, traduction du Dr Darin, Paris, 1873, p. 151.
7. Harris et Austen, *Traité de l'art du Dentiste*, traduction du Dr Andrieu, Paris, 1874, p. 491.
8. Andrieu, *De la Dent de six ans*, communication au 9e Congrès médical international tenu à Washington en 1887.
9. *Transactions of the international médical congrès*, Washington, 1887, tome V, p. 621.
10. *Ibid.* p. 619.
11. Davenport, *De l'importance de la forme et de la disposition naturelles des arcades dentaires de l'homme avec considérations sur les les altérations, qui peuvent résulter du limage ou de l'extraction des dents*, traduction du Dr Marchandé, *Revue Odontologique*, 1888.
12. Andrieu, *loc. cit.*
13. Bourdet, *loc. cit.*, p. 67.

Certains praticiens se placent encore à un autre point de vue en extrayant la molaire de six ans, c'est ainsi qu'à la British Dental Association dont il est le président M. Quinby a défendu cette opinion que l'extraction de la molaire de six ans est le seul moyen efficace de conserver les bicuspides. Si elles sont saines, on évite ainsi l'invasion de la carie grâce à l'espace qu'on crée entre elles ; si elles sont cariées, on évite, grâce à ces mêmes espaces interdentaires, les échecs que l'on éprouve si souvent dans l'obturation de ces dents.

On a vu que tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la dent à enlever: tandis que les uns enlèvent la dent de six ans, les autres choisissent une prémolaire [1], cependant la majorité s'accorde à choisir la première grosse molaire et les raisons qu'ils donnent pour justifier ce choix ont certainement une grande valeur.

La molaire de six ans, en effet, formée la première des dents permanentes, exposée pendant sa période de formation, aux modifications anatomiques que peuvent entraîner dans sa constitution les troubles généraux si fréquents chez l'enfant, est, plus qu'aucune autre dent permanente sujette à se carier surtout si l'on ajoute à ce que nous venons de dire :

1° Sa densité plus faible que celle des autres dents permanentes ;

2° La configuration extérieure de la couronne ;

3° L'acidité constante des liquides de la bouche pendant le remplacement des dents de lait ;

4° Le voisinage de la deuxième molaire de lait presque toujours détériorée longtemps avant sa chute [2].

Du reste, les statistiques des divers auteurs sont absolument concluantes à cet égard ; toutes, sans exception, établissent que la molaire de six ans est la dent dont la carie est la plus fréquente.

Sur un total de 3.000 dents perdues, J. Tomes a observé 1.054 premières molaires, soit 35 0/0 [3] ; M. Magitot, sur un

---

1. Faisons à propos de cette dernière dent une petite remarque ; les auteurs anglais qui enlèvent ces dents choisissent les secondes bicuspides, nous sommes surpris de ce choix, chacun sachant que la première bicuspide est beaucoup plus sujette à la carie que la seconde et l'extraction de celle-ci nécessitant le déplacement de la première lorsque l'on veut rentrer la canine, ce qui arrive fréquemment.

2. Andrieu, *De la Dent de six ans in Transactions of the international médical congres*, tome V, p. 612.

3. John Tomes, *Lectures on dental physiology and Surgery. London*, 1848, Appendix, p. 385.

La traduction française du traité de chirurgie dentaire de J. Tomes donne une plus forte proportion, elle indique pour la première molaire 68 1/4 p. 100.

total de 10.000 dents cariées en a compté 3.350, soit 33,5 0/0 [1]; M. Andrieu, sur 1.000 sujets de 9 à 12 ans, a trouvé 2.957 premières molaires cariées, soit 74 0/0 [2]; enfin M. Dubois sur 5.000 extractions faites à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris, en a trouvé 1.615 portant sur cette même dent, soit 32, 3 0/0 [3].

C'est cette fréquence de la carie qui fait dire à John Tomes (*loc. cit.* p. 15) : « Dans le cas où l'on devrait sacrifier une dent il n'y a donc guère à hésiter ; la sagesse conseille de choisir la première molaire permanente. »

M. Andrieu (*loc. cit*) va plus loin, non seulement l'extraction est justifiée par des considérations pathologiques, mais encore par des considérations anatomiques. Reprenant et développant une remarque de Goodsir [4], basée sur ce fait que la molaire de six ans, seule de toutes les dents permanentes, naît directement de la lame épithéliale comme les dents temporaires et, comme celles-ci, donne naissance à une autre dent, formée au dépens de son cordon, il attribue à la dent de six ans ce rôle physiologique :

1° Limiter la partie de l'arcade maxillaire occupée par les dents de lait pendant la période de leur remplacement par les dents permanentes correspondantes ;

2° Maintenir l'articulation des mâchoires à la hauteur voulue pendant ce remplacement ;

3° Servir à la mastication pendant la chute des dents de lait [5].

Enfin en concluant il dit : « Nous croyons pouvoir émettre cette opinion que la dent de sagesse, bien qu'elle ne vienne pas dans l'espace même qu'occupait la dent de six ans avant son extraction, et bien qu'elle soit séparée de cet espace par la dent de douze ans, n'en est pas moins, *au point de vue pratique, la dent de remplacement de la première molaire permanente presque fatalement vouée à la carie* [6]. »

Ce qui contribuait à faire émettre cette théorie à M. Andrieu, c'est ce fait qui résulte de ses statistiques que, lorsque la molaire de sixans est en place, la dent de sagesse est presque toujours cariée tandis qu'au contraire, quand elle manque, la dent de sagesse est généralement saine. C'est ainsi que, si nous pre-

---

1. Magitot, *Art. carie des dents in Dict. encycl. d. sc méd.*, tome XII, 1re série, p. 523.
2. Andrieu, *loc. cit.*, p. 610.
3. P. Dubois, *Aide-Mémoire du chirurgien dentiste*, 2e édition, 1re partie, p. 55.
4. Goodsir. *On the pulps and sacs of the human teeth. Edim. Med. and Surg. Journal*, janv. 1839.
5. Andrieu, *loc. cit.*, p. 608.
6. *Ibid.* , p. 614.

nons les chiffres que fournit cet auteur, nous voyons que, sur 100 bouches où la première grosse molaire est en place, la dent de sagesse est cariée 72 fois à la mâchoire inférieure et 60 fois à la mâchoire supérieure. Sur 100 bouches où la dent de six ans est absente, nous voyons au contraire que la dent de sagesse est saine 85 fois à la mâchoire inférieure et 90 fois à la mâchoire supérieure. Comme on le voit, c'est la première proportion renversée et même au delà. Cette proportion s'explique par les conditions dans lesquelles s'effectue l'éruption de la dent de sagesse, la première grosse molaire étant en place:

« La couronne (de la dent de sagesse), qui ne peut émerger complètement, ne montre encore que ses deux cuspides antérieures et les huit dixièmes de sa face broyante restent couverts d'une languette de chair qui agit à la façon d'un couvercle, et cela pendant trois mois, six mois, un an et même davantage. Or pendant tout ce temps il existe entre la dent et l'opercule de chair un réceptacle plus ou moins considérable pour les débris alimentaires qu'aucun lavage ne parvient à en expulser, d'où fermentation acide, destruction de l'émail et carie[1]. »

Ces conditions, qui se rencontrent surtout à la mâchoire inférieure, et les accidents, parfois si graves, causés par l'éruption de la dent de sagesse inférieure, font que nombre de praticiens pratiquent l'extraction des premières grosses molaires inférieures tout en respectant les molaires supérieures. Mais beaucoup ne s'en tiennent pas là et, de propos délibéré, dans l'intérêt des autres dents, enlèvent les quatre molaires.

Dans la discussion qui a eu lieu devant la British Dental Association, la majorité des orateurs s'est montrée favorable à l'extraction. M. Mundell, qui a examiné récemment 160 enfants au point de vue de la molaire de six ans, a remarqué que, dans 80 pour 100 de ces cas, il y aurait eu avantage à enlever la molaire de six ans.

Néanmoins, si la molaire de six ans a ses détracteurs et ses extracteurs convaincus et acharnés, elle a aussi, comme nous le disions au début, ses défenseurs non moins convaincus et on ne déniera pas quelque valeur à leurs arguments en faveur de cette dent, qui, pour certains est un véritable bouc émissaire chargé de tous les péchés d'Israël.

M. Davenport est certainement l'un de ceux qui ont le plus pris à cœur cette question ; il avait déjà défendu ses idées devant la Société de New-York[2], il l'a fait de nouveau devant la British Dental Association.

---

1. Andrieu, *loc. cit.*, p. 613.
2. Davenport, *loc. cit.*

Pour lui, dans un palais normal, contrairement à l'opinion admise couramment, le contact latéral des dents entre elles est absolument physiologique et nécessaire et on ne peut, sans causer un grave préjudice à la mastication, enlever une des parties constituantes de l'organe chargé de remplir cette fonction qui, ainsi que le fait observer M. Cunningham, est avec la phonation le rôle principal que doivent remplir les dents.

« L'organe de la mastication, dit M. Davenport, forme un tout et c'est le rapport parfait de toutes les parties qui le composent qui rend cet organe propre à remplir ses fonctions. L'absence ou la mauvaise position de quelqu'une de celles-ci peut changer le rapport de l'ensemble et amener ainsi une mastication imparfaite. » (*Brit Dent. Ass.*) Une dent ne doit pas être considérée comme une unité isolée mais comme une des parties constituantes d'un tout (Cunningham).

Donc, pour MM. Davenport et Cunningham, il est extrêmement important de donner et de conserver à la bouche une articulation normale.

Or, « les dents qui ne sont pas appuyées sont vouées certainement à remuer jusqu'à ce qu'elles trouvent un point d'appui assuré soit par le contact ou par une articulation qui favorise cet appui [1] ». De plus, dans une dent dont un des points d'appui vient à disparaître par suite d'une extraction, « les racines se déplacent moins que la couronne, en sorte que le rapport des faces triturantes se trouve changé et une grande partie des surfaces antagonistes de mastication se trouve perdue ». (*Brit. Dent. Ass.*)

D'où la nécessité de conserver toutes les dents et particulièrement la molaire de six ans qui est un des facteurs les plus importants de la mastication (Davenport, Cunningham, Tomes). C'est pour cette dernière raison que M. Ch. Tomes préfère enlever une bicuspide, mais ce n'est pas là l'avis de M. Davenport : « C'est souvent préférable, dit-il, dans une mâchoire trop serrée d'arracher les dents de sagesse si elles sont de mauvaise structure, mais jamais on ne doit extraire les bicuspides si l'art dentaire peut les sauver jusqu'à la fin de la vie, excepté peut-être pour corriger certaines difformités [2] ! » et, « tout en admettant la valeur de l'extraction comme moyen de correction de certaines irrégularités dentaires, ma conviction personnelle est que le nombre d'irrégularités corrigées par l'extraction est bien inférieur au nombre d'irrégularités causées par l'extraction ». (*Ibid.* p. 287.)

1. Davenport, *loc. cit.*, p. 279.
2. *Ibid.*, p. 287.

Il est un fait certain que le contact des dents entre elles est absolument physiologique et que de bonnes dents ne se carieront pas parce qu'elles se touchent ; ne voyons-nous pas les six ou huit dents antéro-inférieures se conserver très bien et très longtemps dans la majorité des bouches bien que ces dents soient en général très serrées et il est même à remarquer que ces dents se conservent moins bien chez les sujets où elles sont écartées.

L'articulation n'est pas non plus quantité négligeable ; Lemaire, dans son *Traité sur les dents* [1], avait déjà insisté sur l'importance d'une articulation parfaite. En général on se contente de résultats apparents et l'on voit par exemple, ainsi que le fait remarquer M. Cunningham, des molaires fonctionner comme des incisives ; ce n'est évidemment pas là leur rôle et la mastication en souffre.

M. L. D. Shepard de Boston, répondant à M. Andrieu, disait au Congrès de Washington :

« Il n'y a pas plus de raison de choisir la molaire de six ans et de l'anathématiser, comme si c'était un coupable, que de faire la même chose aux autres dents. Chaque individu a trente-deux dents et ces trente-deux dents doivent être toutes respectées. ...*L'extraction d'une dent* est toujours une mutilation, elle peut être justifiée comme toute autre amputation mais c'est toujours le résultat de conditions anormales, et cette mutilation n'est jamais anatomique ou physiologique mais toujours pathologique[2]. »

M. Dubois disait à ce même Congrès « que la théorie posant en principe l'extraction de la molaire de six ans à tous ses degrés de carie était mauvaise, que l'extraction de cette dent comme de toute autre devait toujours être considérée comme une chose à faire en *dernier ressort*... et que ces extractions avaient les plus fâcheux effets sur l'engrènement des dents, tendaient à produire une articulation vicieuse et amenaient une mastication imparfaite [3]. »

Il nous reste maintenant deux questions à examiner : 1° si l'on enlève la molaire de six ans, quelles sont les conditions et les règles qui doivent présider à son extraction ? 2° à quel âge cette opération devra-t-elle être faite pour donner ultérieurement les meilleurs résultats ?

Examinons ces deux points, au sujet desquels il y a encore quelques divergences.

Est-il nécessaire pour procéder à l'extraction de la molaire de

---

1. Lemaire, *Traité sur les dents*, 1824, p. 39 et 64.
2. Transactions of the international médical congrès, p. 619.
3. *Ibid.* p. 621.

six ans que cette dent soit cariée ? Pour certains praticiens ce n'est pas une condition indispensable. M. Pietkiewitcz par exemple, chaque fois que chez un enfant les dents sont engrénées plus ou moins irrégulièrement enlève simplement les quatre dernières molaires [1].

M. Andrieu ne va pas jusque-là, il dit seulement que, « lorsque la régularisation de la denture exige un sacrifice de dent, c'est toujours celui de la dent de six ans, *lorsque elle est cariée ou seulement piquée*, qu'il convient de faire [2] ». Si cette dent n'est pas cariée, ce qui, dit-il, est rare dans ces bouches, il enlève assez volontiers la première bicuspidée qui produit un effet plus rapide. Mais cet auteur ne s'en tient pas au cas où l'extraction est nécessitée par l'irrégularité de la denture ; « en thèse générale, on peut dire que lorsqu'une dent de six ans est affectée de ce genre de carie, molle, blanchâtre, envahissante, qui rend les tissus dentaires semblables à de la craie, alors que les autres dents semblent saines et avant que la dent de douze ans n'ait achevé son éruption, il est préférable de l'extraire que de la conserver » (*Ibid.* p. 615), parce que sa conservation pour une longue période est à peu près impossible.

M. Campion arrive à peu près à cette même conclusion quand il dit que les dents cariées « sont divisées en deux catégories, les dents à carie guérissable et les dents à carie inguérissable et parmi ces dernières se trouvent un grand nombre de dents de six ans » (*Brit. dent. Ass.*) dont l'extraction doit alors être faite à l'âge où cela donne les meilleurs résultats.

De l'avis unanime de tous ceux qui se sont occupé de la question, j'en excepte toutefois M. Andrieu qui ne signale pas ce fait, ce qu'il y a de plus fâcheux dans l'extraction de la molaire de six ans ce sont les cas où on enlève ces dents sans ordre, une un jour, l'autre six mois, un an après. Ces extractions ainsi conduites donnent de mauvais résultats, amènent l'asymétrie de la bouche et une articulation défectueuse.

Pour M. Quinby, la perte n'est pas plus grande au point de vue de la mastication en enlevant les deux dents antagonistes qu'en n'en enlevant qu'une seule. Il résulte de plus, des observations de M. Campion, que, lorsque les molaires inférieures ont été enlevées et les supérieures laissées en place le résultat est très mauvais, tandis qu'il est très bon si les quatre dents ont été enlevées. Cela vient à l'encontre de la pratique qui consiste à en-

---

1. Pottier, *De l'anteversion et de la rétroversion dentaire chez l'homme*, thèse de Paris, 1892, p. 30.
2. Andrieu, *loc. cit.*, p. 618.

lever les molaires inérieures seules pour éviter les accidents de la dent de sagesse.

Quant à la question d'âge, elle ne paraît pas avoir d'importance pour M. Magitot ; il dit seulement que « ces dents (les premières grosses molaires) dès la septième ou la huitième année, plus ordinairement vers l'âge de dix à douze ans, sont déjà profondément cariées et ne présentent plus qu'une couronne très incomplète... En pratiquant l'extraction à cet âge on a la certitude de voir bientôt l'espace qu'occupait la dent comblé au moins en partie par le rapprochement des voisines [1] ».

M. Andrieu attache beaucoup plus d'importance à l'époque où doit se faire l'extraction de la première molaire. Pour lui, le meilleur moment « c'est celui où les dents de douze ans n'étant pas encore sorties ou ne l'étant encore qu'imparfaitement, *les premières bicuspidées* ont atteint toute leur longueur et peuvent remplir deux des rôles de la dent de six ans : le maintien de la hauteur de l'articulation et l'accomplissement de la mastication ».

« Plus tôt elle nuit à ces deux fonctions ; plus tard, elle laisse un vide que la sortie de la dent de sagesse sera impuissante à combler [2]. »

Il n'y a, dit M. Davenport, qu'une seule excuse pour l'extraction des premières molaires : « Si, eu égard à leur détérioration, nous avons la certitude de leur perte ultérieure, nous avons bien fait en choisissant pour les extraire le temps où les interstices se refermeront en entraînant l'abaissement des dents le plus minime et le plus petit dérangement des surfaces broyantes [3] .»

Bien que le meilleur résultat qu'il ait observé se soit rencontré chez un enfant où cette opération avait été faite à l'âge de neuf ans, l'époque propice à l'extraction de la dent de six ans est pour lui au moment de l'éruption de la molaire de douze ans, mais « après l'éruption des secondes molaires on ne peut jamais considérer l'extraction des premières molaires autrement qu'un grand malheur ». (*Ibid* p. 281.)

MM. Cunningham et Quinby considèrent que la meilleure époque pour pratiquer l'extraction de la molaire de six ans est après l'éruption complète de la seconde molaire et naturellement à un âge variable suivant les individus, puisque l'éruption des dents, dans certaines limites, varie beaucoup.

Lorsqu'ils se décident à enlever les quatre premières molaires,

1. Magitot, *loc. cit.*, p. 352.
2. Andrieu, *loc. cit.*, p. 618.
3. Davenport, *loc. cit.*, p. 283.

certains praticiens, d'après M. Cunningham, enlèvent les molaires inférieures environ un an avant les supérieures à cause de la densité plus grande de la mâchoire inférieure.

Pour être fixé sur tous ces faits d'extraction il y aurait grand avantage à établir une statistique soigneusement faite et portant sur un très grand nombre de cas, on recueillerait ainsi des indications très précieuses. C'est ce que proposait M. Cunningham et nous verrions avec plaisir ce travail exécuté par tous les praticiens.

Voilà la question impartialement exposée. Comment décider maintenant entre les avis divers?

Nous avouons pour notre part avoir quelque embarras à le faire sur la plupart des points ; de part et d'autres on fournit d'excellents arguments qui tous sont plus ou moins applicables à des cas particuliers. Aussi pensons-nous que le tort en tout ceci est de vouloir trop généraliser ; les cas qui se présentent dans la pratique sont si variés qu'il nous paraît excessif de vouloir fixer des règles absolues ou presque absolues ; la conduite du praticien doit varier suivant les circonstances. Nous pensons néanmoins qu'il est nécessaire d'avoir en cette matière comme en beaucoup d'autres des idées générales, aussi nous associons-nous pleinement à ce que disait M. Cunningham à la British Dental Association :

« Une dent ne doit pas être considérée comme une unité isolée mais comme une des parties constituantes d'un tout et comme un facteur contribuant ou nuisant à la fonction physiologique de l'ensemble. Dans l'extraction de la dent de six ans, le principe essentiel qui doit nous guider c'est le maintien ou l'amélioration de la fonction. »

Nous ne partageons pas du tout les vues de M. Andrieu sur le rôle transitoire de la dent de six ans; cette dent n'existant pas dans la série temporaire il est tout naturel que son follicule se forme directement au dépens de la lame épithéliale. En suivant les idées de M. Andrieu nous nous demandons ce que l'on ferait alors de la deuxième grosse molaire, qui, elle, naît au dépens du cordon de la première molaire et donne naissance par son propre cordon à la dent de sagesse?

M. Davenport, en étudiant comme il l'a fait la question de l'articulation, a apporté un élément important dans l'étude de la question de la molaire de six ans et de l'extraction des dents en général; il y a peut-être un peu d'exagération dans ses théories et M. Ch. Tomes a pu dire avec quelque apparence de raison que les mâchoires actuelles auraient probablement été insuffisantes pour un homme préhistorique mais qu'elles étaient

très suffisantes pour les hommes d'aujourd'hui, étant données les conditions d'alimentation différentes. Sans doute, mais est-ce une raison pour chercher à s'éloigner encore davantage du type normal ? Si on ne les améliore, on doit chercher au moins à maintenir intactes les facultés et les organes de l'homme.

Pour nous, le principe qui doit dominer la conduite du praticien, c'est le respect de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la bouche. On doit enlever le moins possible de dents, même chez les enfants où ces vides peuvent se combler assez aisément. En effet, que voyons-nous actuellement, partout des maxillaires trop étroits pour contenir les dents ; la dent de sagesse déjà tend à disparaître faute de place pour faire son évolution, on veut encore priver les bouches de leurs dents de six ans, sans avoir la certitude que la troisième molaire évoluera normalement.

Où ira-t-on avec ce procédé si l'art dentaire se généralise dans le monde avec le temps ? Bientôt ce ne sera plus une, ce sera deux dents qu'il faudra enlever, puis trois, et la race humaine finira par être cataloguée par les naturalistes de l'avenir dans la famille des édentés.

Il nous paraît étrange de voir des dentistes façonner, nouveaux Procustes, les dents, organes immuables, à la taille des maxillaires, organes modifiables. Les maxillaires suivent les mêmes lois que les autres parties de l'organisme, ils se développent d'autant plus qu'ils sont plus exercés ; que le corps se développe, les maxillaires ne resteront pas en arrière.

Peut-être faut-il attendre une amélioration à cet état de chose de l'importance que tendent à reprendre les exercices physiques dans l'éducation des enfants. On trouvera peut-être que c'est aller un peu loin. C'est ce que l'avenir nous apprendra, si ce n'est à nous, du moins à nos arrière-neveux.

En dehors de ces considérations d'ordre général, on voit que l'extraction d'une dent entraîne presque invariablement à sa suite un vice d'articulation des dents restantes ; sans doute celles-ci se desserrent un peu et elles deviennent peut-être par ce fait un peu moins susceptibles de caries latérales, mais d'autre part, l'alvéole les deux dents voisines de la dent extraite se résorbe partiellement et ces dents s'ébranlent prématurément.

Néanmoins, il est impossible de nier qu'il y ait des cas où, en dépit des efforts de la chirurgie conservatrice, le sacrifice des dents de six ans est nécessaire. Si un cas semblable se présente, quelle doit être la conduite du praticien ? Doit-il, s'il s'agit par exemple de dents à caries inguérissables, se laisser guider dans l'extraction de ces dents par les douleurs éprouvées par le pa-

tient et enlever ces dents à 15, 16 ans ou en enlever une à 12 ans une autre à 14 et ainsi au fur et à mesure des souffrances ? Certes ce serait là une très mauvaise pratique.

En présence d'une dent de six ans dont l'extraction est jugée nécessaire, chez un enfant, il est de toute nécessité de se livrer à un examen soigneux et raisonné de la bouche et des dents : si celles-ci sont très serrées, si les molaires de six ans ne paraissent pas avoir de chances de durée, il y a évidemment avantange à enlever simultanément les quatre dents, à moins qu'il n'y ait une indication particulière, auquel cas on pourrait enlever deux molaires antagonistes, ce qui, on peut le voir par la discussion de la British Dental Association, donne de moins mauvais résultats que l'extraction d'une seule dent.

Ces considérations ne s'appliquent naturellement qu'à l'extraction des dents de six ans chez les enfants, et encore à un âge où on peut espérer voir les dents restant à évoluer venir prendre la place de leurs voisines enlevées et suppléer ainsi en partie à leur absence ; lorsqu'il s'agit d'adultes, l'extraction des dents de six ans, est-il besoin de le dire, n'obéit plus aux mêmes considérations et la conservation de ces dents jusqu'aux extrêmes limites de l'art s'impose d'une façon absolue puisqu'elles sont « un des facteurs les plus importants de la mastication ».

Au cas où l'extraction des dents de six ans est indispensable, il ne convient pas non plus de faire des extractions trop précoces, ce qui, pour d'autres raisons et d'une façon différente, que dans les cas d'extractions tardives, amènerait des troubles d'articulation ; il faut, de toute nécessité, conserver ces dents jusqu'au moment où les secondes molaires vont faire leur éruption, époque qui nous paraît la plus favorable pour amener, sans inclinaison notable de la seconde molaire, la disparition du vide occasionné par l'avulsion de la première molaire. Cette époque est ordinairement de 11 à 13 ans, mais la question d'âge n'a pour nous qu'une importance relative, l'éruption des dents étant si variable suivant les individus, c'est l'apparition de la molaire de douze ans qui doit guider seule dans l'extraction de la molaire de six ans.

En terminant, qu'il nous soit permis de féliciter les dentistes anglais, qui, en concentrant les préoccupations des membres de leur grande association sur une question unique, font œuvre éminemment pratique. La question posée en 1892 avait un intérêt général et professionnel de premier ordre ; nous les remercions de l'avoir posée à nouveau devant le corps professionnel.

LES KYSTES DERMOIDES

Par M. P. Dubois,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

GÉNÉRALITÉS

Le caractère du kyste dermoïde est d'avoir pour sac une membrane se rapprochant comme texture de celle de la peau, de renfermer des produits épidermiques, glandes sébacées, poils, dents et ongles. Ceux qui contiennent des dents appartiennent à la variété dite kystes dermoïdes composés. Ils ont été rencontrés dans les régions les plus diverses : au plancher buccal, dans les maxillaires, dans l'ovaire, dans le testicule, à la région sacro-périnéale.

Ils donnent lieu à des désordres de voisinage plus ou moins graves et, sur 1452 ovariotomies recensées par Lannelongue, 44 fois les kystes dermoïdes furent le motif de l'intervention chirurgicale [1].

Ils sont tantôt uniloculaires, tantôt multiloculaires.

Les dents sont fréquemment observées dans ces tumeurs. Elles existaient 63 fois sur les 129 cas rassemblés par Lebert, et 46 fois sur les 245 faits relevés par Pauly ; mais il est impossible de juger de leur fréquence exacte d'après les observations citées par les auteurs, attendu qu'on publie surtout les cas de kystes à contenu complexe.

Nous retrouvons pour ces productions la même variabilité que pour les poils. Elles sont parfois très-nombreuses ; le cas le plus extraordinaire sous ce rapport est celui de Ploucquet dans lequel on en compta plus de trois cents. Tomes en observa plus de cent ; Schnabel, chez une fille de 13 ans, non encore réglée, trouva un kyste de l'ovaire qui en contenait 100 ; dans un fait de Cleghein il y en avait 44 au moins.

Toutes les variétés de dents ont été rencontrées : incisives, canines, petites et grosses molaires et jusqu'aux dents de sagesse. Mais plus souvent elles sont normales et plus ou moins rudimentaires ; elles présentent ordinairement la forme conoïde. Les racines peuvent faire défaut, caractère qui les rapprocherait, d'après Salter, des dents congénitales dont l'éruption est accomplie déjà lors de la naissance. Tantôt les dents sont libres dans la cavité kystique, tantôt elles sont implantées sur des fragments osseux ou simplement adhérentes à la paroi. Sur 63 kystes dentigères, Lebert a relevé 30 faits dans lesquels les dents s'implantaient sur un os, 10 dans lesquels l'implantation était mixte, quelques dents étant sur des os, d'autres sur des parties molles ou détachées, 10 dans lesquelles elles étaient libres et où il n'y avait pas de vestiges d'os, enfin, dans les 13 derniers cas, les renseignements n'étaient pas suffisants.

Quand les dents sont implantées sur un os, leur groupement est irrégulier et ne rappelle en aucune manière la disposition normale. Ainsi

1. Lannelongue, *Traité des Kystes congénitaux*.

dans un kyste opéré par Péan (thèse de Cousin, obs. VI, p. 122) on découvrit un bouquet de dents rangées dans une disposition curviligne : comprenant, deux incisives contiguës, puis une canine, puis, à trois ou quatre millimètres de là, une autre canine et en outre, sur un débris d'os plat, deux canines et enfin une septième dent isolée. (Lannelongue, *loc. cit.* p. 70).

On les trouve parfois altérées, résorbées en partie, et cela donne à croire à certains auteurs qu'elles étaient cariées.

Elles subissent toutes les perversions de structure de dents évoluant vicieusement ; espaces interglobulaires étendus, émail dissocié, granulaire ; la cavité pulpaire est souvent absente.

Dans quelques cas, les dents logées dans les kystes dermoïdes ont une structure normale. Le fragment osseux supportant les dents avait la forme suivante.

Nous empruntons la description d'un kyste dermoïde aux *Archives Suisses d'Odontologie* (août 1885, p. 161).

La partie osseuse mesure dans son plus grand diamètre longitudinal 0,13, transversalement 0, 025, sa plus grande épaisseur est de 0,018, son poids est de gr. 14, 7.

Les dents sont implantées sur un des bords du corps osseux. Ce sont des molaires bien constituées, avec leurs couronnes bien cuspidées. Une de ces dents laisse voir trois racines et se trouve située à un des angles : à l'angle opposé se trouve une molaire dans les mêmes conditions ; entre ces deux molaires se trouve la troisième qui ne laisse voir que sa couronne. Près du premier angle est implantée une quatrième grosse molaire ne laissant voir que sa couronne ; sur le second bord de la pièce se trouve une dent, petite molaire implantée fortement au milieu de l'arête osseuse.

A un troisième angle se trouve une cuvette de godet osseux qui contenait une canine de lait dont les racines sont résorbées et qui s'est détachée au toucher. Cette dent pèse gr. 0.237.

La partie osseuse de la pièce est poreuse par places, lisse dans d'autres, et présente tous les caractères de l'os normal.

Dans le liquide kystique nageait une dent canine adulte bien conformée, pesant gr. 0. 445.

Une coupe de cette dent nous a permis de constater que l'émail, la dentine et le cément étaient en tous points semblables à ceux des dents ordinaires. Cette canine possède une pulpe ; le canal pulpaire existe et permet le passage d'une aiguille.

Descriptions de deux autres kystes dermoïdes.

Les figures suivantes reproduisant la configuration extérieure de deux amas dentigères appartenant à la collection de notre collaborateur M. Prevel. Ces pièces ont un intérêt exceptionnel. Pour nous, elles ont fait évidemment partie de deux kystes dermoïdes et c'est à ce titre que nous les décrivons ici.

La pièce n° 1 (figure B.) ressemble à un cercle irrégulier fait

de 18 dents naines mal groupées ayant pourtant un certain arrangement : convergence des racines, divergence des couronnes ; le lien est fait de tissu charnu montrant sur quelques points des traces d'ossification, la plupart de ces dents ont leur racine dirigée vers le centre, les couronnes s'étalant en éventail à la périphérie. Aucune de ces dix-huit dents n'a de dimensions normales, elles semblent une miniature ; une réduction au 1/10e des dents régulières ; quelques-unes ont une ébauche de bifidité radiculaire mais elles sont en majorité nettement mi-radiculaires. Les couronnes se rapprochent de la forme conoïde ; malgré cela certaines ont une table aux arêtes arrondies, comme les molaires dites amorphiques et érodées. La cuvette interne semble avoir donné autrefois attache à un pédicule faisant base d'implantation.



Amas dentigères supposés provenir de kystes dermoïdes A. B. Amas. N° 1.
A.A. Amas n° 2, montrant la pièce sur ses deux faces principales.

L'amas dentigère n° 2 (figure A.A.) est plus hétérogène dans ses éléments et d'une forme moins régulière. Il a quelques points de ressemblance avec le premier : une partie concave semblant avoir donné attache au pédicule, la convergence des racines, la divergence des couronnes. La plupart des dents sont moins bien formées et quelques-unes paraissent plutôt des nodules d'émail. Deux racines ont des dimensions presque normales, l'une d'elles montre une exostose. Les couronnes et nodules adamantins ont subi sur quelques points une résorption évidente, comme la figure le représente.

Nous n'avons pu faire de coupe sur aucune de ces dents afin de ne pas mutiler une pièce rare, mais à l'examen macroscopique on remarque les caractères histologiques décrits plus hauts : lacunes de l'émail, résorption de parties de racines. Comme pour l'amas dentigère précédent nous n'avons aucune donnée sur la provenance, et c'est par analogie que nous admettons qu'il provient d'un kyste dermoïde, les kystes dentigères des maxillaires ne contenant pas des germes dentaires en aussi grand nombre.

TÉRATOGENÈSE

Les causes des anomalies de siège et particulièrement des kystes dermoïdes sont obscures.

Pour ceux-ci l'hypothèse la plus défendable est qu'ils résultent d'un enclavement d'une partie du feuillet blastodermique.

A l'origine, la petite masse épithéliale est simplement une évolution de l'épiblaste ; puis, peu à peu, elle s'éloigne de la surface de l'ectoderme par le fait du développement des parties voisines, et pendant ce temps le pédicule épithélial qui la rattache à l'ectoderme doit s'allonger progressivement. Mais cet allongement peut-être insuffisant si les parties voisines se développent plus rapidement, de telle sorte que la continuité se trouve rompue entre l'ectoderme et le petit amas épithélial, désormais indépendant. (Lannelongue, *loc. cit.*, p. 107).

En un mot un fragment embryonnaire du système cutané se trouve emprisonné et, malgré l'erreur du lieu, il se développe en obéissant à sa force évolutive propre.

Pour expliquer l'aberration considérable dont l'enclavement dans le scrotum et dans l'ovaire est le siège, on a invoqué que dans les premiers temps de l'embryon il y voisinage transitoire du corps de Wolf qui donne naissance aux organes de la génération et du blastoderme externe d'où les dents sont issues.

Cette théorie explique assez bien les faits observés, et elle est actuellement acceptée.

L'inclusion dans les organes abdominaux aurait donc une raison d'être ; ce qui se comprend difficilement c'est le grand nombre de dents plus ou moins rudimentaires rencontrées dans les kystes dermoïdes. On est tenté d'admettre que chaque cellule embryonnaire évolue par ses forces propres et constitue ensuite un organe imparfait. De par l'anomalie de siège il y aurait donc sciciparité des éléments d'un ou de plusieurs germes dentaires ; puis ces éléments dissociés constitueraient des dents vicieuses par la forme et la texture.

Nous avons voulu, surtout, faire connaître deux pièces d'un intérêt exceptionnel en fournissant quelques indications à leur sujet.

Si quelques-uns de nos lecteurs possèdent des anomalies de ce genre nous serions heureux d'en publier la description, afin de servir à l'élucidation de cette question obscure.

APPAREIL DE PROTHÈSE MÉDIATE

POUR UN CAS DE RÉSECTION TOTALE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR DROIT

Par MM. Ed. Beltrami, dentiste des hôpitaux et Ed. Beltrami, interne des hôpitaux

L'appareil, qui fait le sujet de notre communication, a été confectionné pour un malade de l'hôpital de la Conception, couché au n° 31 de la salle Saint-Augustin et opéré par M. le Dr Poucel, chirurgien en chef des hôpitaux, d'une tumeur maligne du maxillaire supérieur droit [1].

Parmi les appareils de prothèse destinés à être appliqués après résection et cicatrisation, il convient, comme l'a judicieusement fait remarquer Claude Martin [2], d'établir une distinction entre les appareils appliqués longtemps après l'opération, alors que les rétractions cicatricielles et les déformations du côté des maxillaires (maxillaire supérieur restant et maxillaire inférieur) se sont déjà produites, et les appareils appliqués immédiatement après la cicatrisation de la plaie opératoire. Les premiers sont désignés par cet auteur sous *le nom d'appareils de prothèse tardive*, les seconds sous celui *d'appareils de prothèse médiate*.

L'appareil dont nous allons parler appartient à cette dernière catégorie.

C'est vers la fin du mois de janvier, trois semaines environ après l'opération, que nous avons été appelés à examiner notre malade. La plaie étant encore vive, nous dûmes, avant de rien entreprendre, attendre environ un mois afin que la cicatrisation fût complète.

Au moment où la plaie est définitivement cicatrisée, l'examen de la partie supérieure de la cavité buccale de notre malade présente l'aspect suivant : à gauche, la voûte palatine est intacte et du côté du système dentaire, l'incisive médiane, la canine, la

---

1. Ce malade a été présenté aux points de vue chirurgical et prothétique au Comité médical des Bouches-du-Rhône (séance du 18 mars) par MM. Aslenian et Beltrami, internes des hôpitaux.
2. De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires.

première grosse molaire et la dent de sagesse manquent; du côté droit, une vaste cavité correspondant en haut, à la partie inférieure de la cavité orbitaire, en dehors et en avant, aux faces internes de la joue et de la lèvre supérieure; en arrière, au bord antérieur de la portion horizontale du palatin; sur la ligne médiane, au bord interne de l'apophyse palatine du maxillàire supérieur gauche et à la partie inférieure de la muqueuse qui tapisse la face externe des fosses nasales. A la partie supéro-interne de cette cavité existent deux orifices percés dans la muqueuse de Schneider, l'un situé un peu en avant et en dehors de l'autre.

De forme ovalaire à grand axe dirigé d'avant en arrière et de dedans en dehors, le premier de ces orifices mesure, suivant cet axe, de 0,008 à 0,009; le second, de même forme, ayant la même direction, distant du premier de un centimètre et moins profondément placé, ne mesure, suivant son grand axe, que 0,004. Ces deux orifices font communiquer les fosses nasales et la cavité buccale.

Tel est l'état de notre malade lorsque nous commençons à intervenir.

Pour obvier aux troubles consécutifs à un tel traumatisme, la première condition à remplir est de combler aussi complètement que possible cette vaste cavité, résultat de l'intervention chirurgicale, et d'obturer tout spécialement les orifices dont nous avons parlé plus haut. Là ne doivent cependant pas se borner nos desiderata, et nos efforts doivent tendre à rendre possible la phonation, la déglutition et la mastication, fonctions presque totalement disparues depuis l'ablation du maxillaire et indispensables tant aux relations sociales qu'à l'existence.

Pour atteindre ces différents buts, l'appareil doit réaliser plusieurs conditions: il faut tout d'abord qu'il s'adapte très exactement aux parois de la nouvelle cavité surtout à sa paroi supérieure; et qu'il soit solidement fixé afin d'éviter tout frottement. Il doit aussi joindre à la solidité, l'élasticité et la légèreté, conditions très importantes que nous devons chercher à réaliser par-dessus toutes.

Pour prendre l'empreinte, nous avons dû, étant donnée la profondeur de la plaie, fabriquer un porte-empreinte spécial.

Pour cela, après avoir pris le moule, selon le procédé ordinaire, nous avons coulé un plâtre qui, ne représentant que très imparfaitement la cavité, nous a cependant permis d'estamper un porte-empreinte avec lequel il a été ensuite aisé de mouler exactement la paroi supérieure de la plaie.

Ce porte-empreinte diffère des appareils employés d'ordi-

naire pour mouler la partie buccale de la mâchoire supérieure, en ce qu'il présente du côté gauche au lieu de la gouttière dentaire, une saillie destinée à porter aussi loin que possible le Stent que nous avons choisi pour exécuter ces différents moulages.

Grâce à ce procédé, nous avons pu avoir l'empreinte défini-

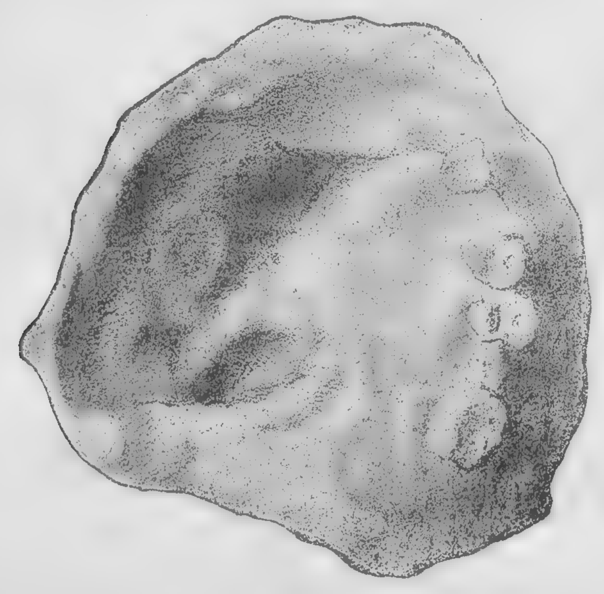


Fig. 1.

tive représentée par la fig. 1 et reproduisant l'état de la partie supérieure buccale de notre malade.

Il est facile, à la seule inspection de cette figure, de constater le volume considérable que devra présenter l'appareil prothétique. Or, comme cet appareil eût été très lourd si la partie destinée à combler la perte de substance avait été d'une seule pièce de caoutchouc, mous avions tout d'abord songé à inclure dans la partie centrale de cette masse un petit bloc d'aluminium, afin d'en diminuer le poids ; mais ici le volume de la masse à remplacer étant beaucoup plus considérable que dans le cas que nous rapportons [1]. l'appareil eût été encore trop lourd, aussi

1. Nous avions, afin de conserver le volume et la résistance, tout en diminuant le poids, employé ce procédé, il y a environ deux ans, lors de la confection d'un appareil fait pour une résection du bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit chez un malade du service de M. le professeur Gombalat.

nous sommes-nous décidés à laisser un vide à l'intérieur de cette masse.

Cet espace vide occupant la même situation que le sinus maxillaire, présentant des dimensions à peu près semblables et contribuant comme lui à diminuer le poids de la pièce à laquelle il appartient, pourrait, il nous semble, être considéré comme son analogue.

En plus de la légèreté qu'elle donne à l'apppareil, cette cavité a encore l'avantage de lui laisser une certaine élasticité, élasticité surtout utile à la partie supérieure.

Afin de ménager cette cavité intérieure, nous avons divisé l'appareil en deux parties: une partie profonde ou supérieure et une partie inférieure.

L'empreinte prise comme il a été dit plus haut, nous avons fait chacune de ces parties séparément. La cire représentant la partie supérieure de l'appareil a été modelée sur le fond de la

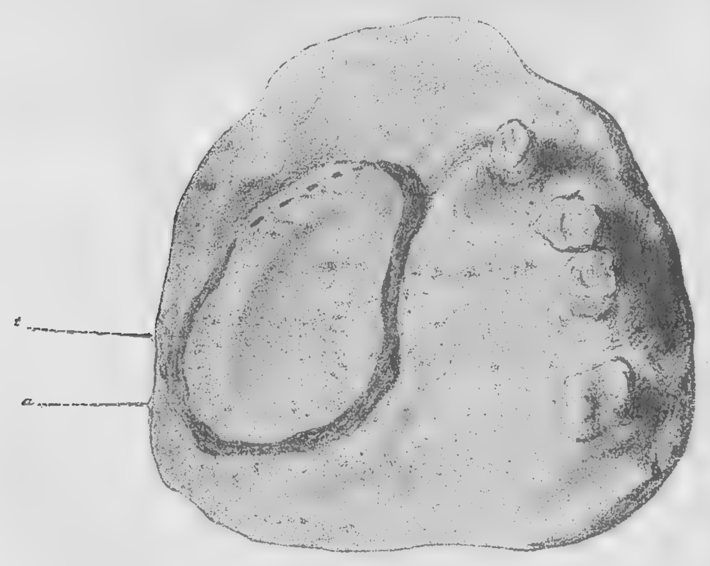


Fig. 2.

cavité réprésentée sur la fig. 1. Cette cire a une épaisseur à peu près uniforme d'environ 0,002 millimètres, et la forme d'une cupule présentant, au niveau des orifices de communication des fosses nasales et de la cavité buccale, deux prolongements en doigts de gant destinés à obturer complètement ces derniers. Cela fait nous avons coulé du plâtre dans cette cupule et avons

façonné sa partie inférieure, en nous guidant pour ce faire sur la face palatine du maxillaire gauche, de façon à représenter aussi exactement que possible la face inférieure de l'apophyse palatine et le rebord alvéolaire du maxillaire réséqué. Le côté droit de la partie supérieure de la cavité buccale de notre malade était ainsi reconstitué sur notre modèle (fig. 2).

Il a alors suffi pour exécuter la partie inférieure de l'appareil de faire sur cette voûte palatine *normalement constituée à gauche et artificiellement reproduite à droite* une cire, d'y ajuster les dents, et de les articuler avec celles de la mâchoire inférieure, comme s'il s'agissait d'un dentier ordinaire.

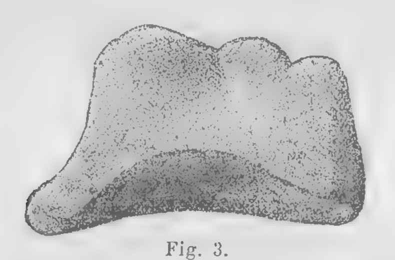


Fig. 3.

Le *plâtre* (fig. 3) coulé dans la cupule qui forme la partie supérieure de l'appareil et modelé comme nous venons de le dire, représente exactement la place qui sera laissée vide dans l'appareil définitif.

L'appareil est en caoutchouc vulcanisé, mais comme toutes les vulcanites n'ont pas les mêmes qualités nous avons cru devoir en faire entrer plusieurs variétés dans sa construction ; c'est ainsi que la petite cupule de cire, mise en moufle séparément a été reproduite en caoutchouc mou tandis que dans la partie, inférieure de l'appareil, la portion palatine a été reproduite en vulcanite noire, et la portion gingivale en vulcanite rose ordinaire.

Le caoutchouc mou a été choisi pour la confection de la partie supérieure, à cause de son élasticité, afin que le contact soit plus doux, et surtout pour que cette partie de l'appareil destinée, à être comprimée pendant les mouvements de la mastication, puisse céder momentanément et ne pas exercer de pression trop énergique sur le fond de la cavité opératoire.

La portion palatine de la partie inférieure a été faite en vulcanite brune parce que cette dernière tout en étant plus légère que la vulcanite ordinaire est aussi plus résistante. Malgré la solidité de ce caoutchouc nous avons cru devoir ajouter une

plaque d'or allant de la première grosse molaire gauche à la première grosse molaire droite.

Les raisons d'esthétique seules nous ont fait préférer la vulcanite rose pour la confection des gencives.

Les deux parties supérieure et inférieure, de l'appareil ont ensuite été réunies l'une à l'autre par de petits crampons de platine et l'interstice suivant lequel ces deux parties étaient en contact a été luté avec du caoutchouc dissous dans du chloroforme.

Ainsi constitué, l'appareil représenté par la fig. 4 a les dimensions suivantes :

Hauteur (a — b)..	42	millimètres
Ligne médiane antéro-postérieure...	50	»
Largeur (c — d).................	65	»

Le poids total est de 36 grammes.

Cet appareil est maintenu en place par deux crochets plats appliqués sur les deux petites molaires ; l'incisive latérale et la seconde grosse molaire sont entourées d'anneaux de caoutchouc.

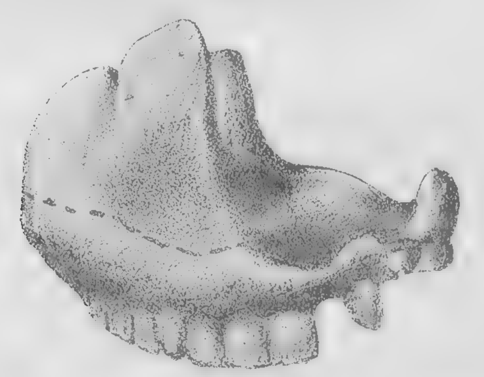


Figure 4.

La pression exercée par les tissus de la joue contribue aussi à maintenir l'appareil en place.

L'heureuse position des crochets, la légèreté de l'appareil et ce fait que le poids en a été surtout diminué à l'endroit diamétralement opposé au point d'appui, l'adaptation exacte de chacune de ses parties ou parties buccales correspondantes, ont permis de s'abstenir de la pièce inférieure et du ressort que l'on est quelquefois obligé de mettre pour venir en aide aux crochets.

En définitive, grâce aux différentes qualités de caoutchouc employées, grâce au vide ménagé de son épaisseur, à l'élasticité

de sa partie supérieure et à sa parfaite adaptation, l'appareil semble devoir réaliser toutes les conditions favorables à l'accomplissement des fonctions dévolues aux parties existant normalement.

Les résultats espérés ont été heureusement atteints et le malade a pu du jour où l'appareil a été posé, parler sans que rien dans le son de sa voix ne put faire songer à l'opération qu'il a subie. Avant la pose de l'appareil, la déglutition s'effectuait si péniblement que le malade en était réduit à boire au biberon et quelquefois même, malgré ces précautions, les liquides ressortaient par les fosses nasales ; maintenant, le malade ne craint pas de boire au verre et d'un seul trait. La possibilité de la déglutition et de la mastication n'est pas sans avoir un heureux retentissement sur l'état général du malade dont l'alimentation devient à la fois minutieuse et plus efficace.

L'influence morale, résultat de la nouvelle situation faite au malade par l'appareil prothétique aide, cela ne nous paraît pas douteux, à son rétablissement physique et c'est là un résultat important que nous n'aurions garde d'omettre.

L'appareil que nous venons de décrire a en plus des avantages immédiats énumérés plus haut, celui de s'opposer aux rétractions cicatricielles et aux déviations des maxillaires qui ne tardent pas à se produire lorsqu'après une résection de l'un quelconque des maxillaires on a négligé de laisser sa place à la prothèse.

Quant à l'action exercée, d'une façon générale, par les appareils de prothèse sur la plaie opératoire, il est suffisamment démontré que les récidives des tumeurs malignes, n'en sont nullement hâtées et que les applications de ces appareils n'ont, à ce point de vue, aucune influence fâcheuse.

Pour le cas qui nous occupe, cette crainte ne saurait être légitimée puisque notre appareil n'a avec la plaie que des rapports de contiguïté et que l'accusation portée contre les appareils prothétiques est nettement refutée par plusieurs observations de Cl. Martin, même pour les cas où les appareils s'adaptent à l'aide de pointes métalliques et de vis dans les os réséqués, c'est-à-dire pour les cas de prothèse immédiate, cette conception géniale dont l'honneur de la mise en pratique revient tout entier à cet auteur, et qu'Ollier définit en disant : quelle est le temps intermédiaire entre l'ablation de l'os et la suture de la peau.

Puisse cette simple observation prouver une fois de plus cette vérité, maintenant bien répandue, que la prothèse est le complément nécessaire des opérations portant sur la face et plus particulièrement sur les maxillaires.

Qu'il nous soit permis avant de terminer cette observation de

remercier M. le Docteur Poucel de la confiance dont il a bien voulu nous honorer en nous confiant son malade et de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner durant le temps nécessaire à la confection de notre appareil.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

BRITISH DENTAL ASSOCIATION

Réunion annuelle tenue à Manchester.

Séance du vendredi 12 août 1892.

Présidence de M. QUINBY.

DE L'OPPORTUNITÉ DE L'EXTRACTION DE LA MOLAIRE DE SIX ANS

M. H. C. Quinby ouvre la discussion et dit :

Messieurs : Le sujet spécial de notre discussion de ce matin, qui est si bien représenté dans ce Musée, est la tendance des bouches à dents très serrées d'accélérer les effets destructeurs de la carie. Doit-on comme mesure conservatrice, dans des cas où on voit des indications de danger pour la dentition de l'enfant, enlever une dent à la mâchoire supérieure et une à la mâchoire inférieure, afin de donner plus d'espace aux dents antérieures, leur permettant d'être séparées et autant que possible les isoler, afin d'éviter que la carie affecte les dents qui n'ont pas encore été atteintes. Si cette mesure est judicieuse, quelle est la dent destinée à l'extraction, pour donner le soulagement nécessaire, et quel serait le moment opportun pour obtenir les meilleurs résultats pour l'avenir de la bouche ?

Messieurs, ce sujet est non seulement très étendu, mais il est très mportant, j'espère que aurons une discussion instructive.

M. Davenport.

J'ai déjà envisagé la discussion sur l'extraction des premières molaires à un point de vue général. Je laisserai de côté mes recherches sur les anomalies et les résultats des cas individuels pour n'envisager que les côtés principaux de la question.

L'ordre de la discussion avant 1887 partait d'un point de vue spécial, sur des résultats partiels. On ne partait d'aucun principe, et le conflit général des opinions fut concilié par cette remarque : le danger du contact.

Il est déplorable que les conditions de la mastication soient si peu comprises. Des dentistes entreprennent le traitement d'anomalies en ne voyant que l'imperfection la plus évidente et ce qui consti-

tuerait la perfection est tout à fait renversé. Aussi n'est-il pas surprenant que les résultats soient si souvent fâcheux.

Les nécessités en présence peuvent rendre difficile la décision, mais un traitement commencé sans une appréciation parfaite de l'ensemble est injustifiable et hasardeux.

Il est tout d'abord utile de poser un principe : le contact latéral des dents est un facteur essentiel dans une bouche normale, et cela ne peut être modifié sans préjudice. J'ai été obligé de dire cela parce que les dentistes même aujourd'hui n'apprécient pas assez cet ordre d'idées. Il n'y a qu'une condition essentielle pour une bonne mastication, c'est la relation parfaite de toutes les parties qui composent l'organe chargé de remplir cette fonction.

L'absence ou la mauvaise position de quelqu'une de celles-ci peuvent changer les relations de l'ensemble, de telle façon que la mastication devienne imparfaite.

Après l'extraction, les racines se déplacent moins que les couronnes, de sorte que les relations des surfaces triturantes sont dérangées, et beaucoup du support des surfaces antagonistes est perdu.

Quand les molaires de six ans sont tombées, une grande partie de la surface triturante est détruite et il reste un grand vide qui s'oblitère en diminuant la grandeur de l'arcade.

Comme les maxillaires ne sont plus soutenus par les dents qui restent, (que ce soit l'absence des secondes molaires ou des dents plus antérieures), ils se rapprochent et les incisives inférieures se croisent beaucoup trop avec les incisives supérieures, les premières sont renvoyées en dedans, les secondes sont poussées en dehors.

Peut-être plus tard la distance relative sera reconstituée par l'éruption d'autres dents, mais dans beaucoup de cas au moins il restera pour toujours un croisement anormal des incisives et quelquefois les tubercules des bicuspides se choquent de façon à ne pouvoir bien articuler, laissant entre elles des espaces n'existant pas à l'état normal.

L'articulation peut être ainsi raccourcie d'une manière permanente après la perte des première molaires. Dans quelques cas l'articulation est allongée ; je m'efforcerai d'en donner la raison plus loin.

J'ai vu un cas où, avant l'opération, les dents incisives étaient éloignées quand les mâchoires étaient fermées, et maintenant elles se touchent presque. Dans ce cas, l'extraction des premières molaires avait été faite tard, et les espaces ne sont pas encore refermés.

Théoriquement je ne vois pas comment l'articulation peut ne pas être raccourcie par l'extraction des premières molaires, placées comme elles le sont au bas de la courbe inférieure et à la plus grande convexité de la courbe supérieure, et avec la relation des dents aux courbes des surfaces triturantes, qui diffèrent aux mâchoires supérieure et inférieure.

Comme la distance entre les parties articulées diminue, le résultat devrait être de redresser la courbe supérieure et d'augmenter la courbe inférieure.

Les bicuspides sont souvent mal articulées, même quand elles sont bien sorties, et les incisives n'offrent pas positivement de résistance pour la fermeture des mâchoires ; il s'ensuit, alors, que la force principale tomberait sur les molaires, qui sont placées sur un plan plus élevé de la courbe que celui des dents perdues.

Je ne vois pas pourquoi les incisives ne reprendraient pas leur position normale quand la dentition est complète, mais il me semble que la trop forte fermeture des incisives supérieures est presque constante dans ces cas.

Cette idée de raccourcir l'articulation n'est pas contre-indiquée par les quelques cas dans lesquels l'articulation est allongée, car il y a des arcades qui ne présentent presque aucune courbe. Mais quoi qu'il en soit, si la relation des molaires est dérangée et que les cuspides se heurtent bout à bout, au lieu de porter sur leurs tubercules et dépressions naturelles, il y aura nécessairement un exhaussement comparatif de l'articulation jusqu'à ce que les aspérités soient limées et retrouvent leurs places.

Dans les cas d'articulation exhaussée, illustrés par le Dr Bracket (*Cosmos*, 1887, page 571) et le Dr Howe (*Cosmos*, 1888, page 662), on voit clairement cette articulation bout à bout, déterminant une ouverture de l'articulation à moins que les dents ne s'articulent dans une position beaucoup plus profonde que celle occupée préalablement.

Après que les dents se sont rejointes et se sont en quelque sorte ajustées, le patient qui n'a jamais éprouvé un bien-être plus grand peut s'en trouver satisfait ; il arrive à manger et peut se figurer qu'il mastique bien, mais il ne se rend pas compte des mouvements qu'il n'exécute plus bien et probablement son dentiste ne s'en doute pas non plus. Pour cela, il faudrait qu'il étudie la façon dont son patient ferme les mâchoires à chaque mouvement de la mastication et compare l'effet avec les mêmes mouvements des mâchoires parfaites.

Les modèles n° 15 montrent les meilleurs résultats que j'aie jamais vus après l'extraction des premières molaires. L'opération fut faite à l'âge de neuf ans. A peu près douze ans après l'extraction et avec la dent de sagesse en position, je pris dix-neuf impressions des dents dans des positions variées, prenant les deux voûtes ensemble pour éviter toute erreur dans l'articulation des modèles, et vous pouvez voir le résultat.

Les dents de devant peuvent servir sans toucher les dents postérieures, mais celles-ci sont tellement gênées qu'on ne peut obtenir les mouvements de mastication normale, on ne peut que hacher.

Un modèle de cette même bouche est monté sur un articulateur Bonwill, et en imitant les mouvements vus dans les positions du moule en plâtre, les mêmes résultats sont montrés. Comparez ces positions avec celles des bouches complètes et vous verrez la grande différence.

Je n'ai pas de reproductions d'articulations pratiquement parfaites, mais je les ai vérifiées dans la bouche, et autant que l'œil puisse en juger elles sont parfaitement représentées sur l'articula-

teur quand les mouvements variés de la mâchoire sont imités.

Comme la rotation des dents après l'extraction des premières molaires est un point si commun et si fâcheux, il est de la plus grande importance de déterminer si on doit ou non pratiquer des extractions.

J'ai pensé, ainsi que d'autres praticiens, que les meilleurs résultats pouvaient être obtenus quand l'avulsion des premières molaires est faite à peu près au moment de l'éruption des secondes molaires, mais je dois admettre que jusqu'ici les meilleurs résultats que j'aie vus étaient dans un cas où le patient avait neuf ans.

Je suis enclin à penser, en vue des résultats divers, que le degré de courbe de la surface masticante et l'inclinaison des dents peuvent avoir une plus grande influence déterminante que l'époque à laquelle on fait l'opération, en supposant toujours que ce soit pendant l'enfance ou l'adolescence.

La relation de l'articulation avec les époques d'éruption n'a pas encore reçu l'examen pratique que son importance mérite. J'attends donc votre contribution à la solution de cette question avec le plus grand intérêt.

Une des plus grandes déceptions après la perte des premières molaires est la lente apparition des troisièmes molaires. On voit par les faits rapportés par le Dr Talbot que sur 763 personnes ayant plus de 26 ans, observées par lui, 342 hommes et 421 femmes, 42 pour cent des hommes et 38 pour cent des femmes, n'avaient pas de troisièmes molaires.

On peut apprendre beaucoup en comparant les résultats avec les conditions avant tout traitement, alors on peut savoir s'il y a eu amélioration ou effet nuisible. Une opinion ne peut être éclairée que si on a une vue nette de la bouche régulière.

Les détails des cas spéciaux sont intéressants et importants, mais personne ne peut être un conseiller sûr quand on dépend de la seule connaissance acquise dans les cas spéciaux, dont il y a une telle variété qu'on n'en rencontre jamais deux pareils.

Encore, il y a des éléments d'erreur dans les résultats avant et après l'extraction.

Ce qui peut paraître être un meilleur résultat à une période, peut devenir mauvais plus tard, quand les forces non balancées ont eu un plus long temps pour exercer leur influence.

De plus, le changement pendant le développement est souvent dans la voie de l'amélioration, de sorte que la comparaison des résultats d'une extraction avec un modèle plus ancien n'est pas une preuve irréfutable, car le modèle ne représente pas du tout ce que l'état aurait été si on avait laissé la marche de développement normal suivre son cours.

Combien voyons-nous de cas dans lesquels les irrégularités disparaissent avec le développement? Un bon exemple est celui des canines proéminentes que nous avons tous vues se faire de la place quand il semblait y en avoir peu ou pas du tout.

Le fait indiscuté de la contraction de l'arcade après l'extraction

faite pendant l'enfance et l'adolescence serait contredit par la comparaison de modèles avant et après, comme je l'ai souvent vérifié. Mais quand nous voyons les dents frapper en avant et que les surfaces triturantes intérieures ne se touchent pas, nous savons que la contraction actuelle est survenue même quand les modèles montrent de l'expansion.

Une preuve plus positive peut souvent être découverte en comparant un cas avant et après l'extraction, avec les anciens et nouveaux modèles d'un cas analogue qui n'a pas été touché, qu'en comparant les résultats avec l'état primitif seulement. Mais là aussi on doit être capable de distinguer les fines nuances de différences dans les conditions pour éviter les erreurs de jugement ; donc les principes généraux ont la priorité.

On a dit que je n'avais pas donné assez d'importance à tous les facteurs en présence. Mais après cinq ans d'observation, et en comprenant tous les faits que j'ai pu recueillir des observations des autres, je ne vois pas de raison pour apporter aucune modification essentielle à mes vues.

Après avoir vu les conséquences de l'extraction, variables comme elles le sont dans les différents cas, je ne la crois pas favorable.

On perdra encore beaucoup de dents nécessairement, car la maladie, la pauvreté et la négligence ne peuvent être entièrement annihilées.

Je sens que je vous ai lassés, mais je dois vous prier de ne pas oublier que beaucoup de ce que je vous ai dit aujourd'hui relativement aux fonctions des dents vous a été dit il y a 26 ans par un de vos membres, M. F. H. Balkwill, L. D. S., R. C. S., dans sa thèse remarquable lue devant la Société Odontologique de la Grande-Bretagne « *Sur la meilleure forme et l'arrangement des dents artificielles pour la mastication* ».

Je ne devrais pas non plus négliger de citer l'ouvrage du Dr Bonwill, dont les idées sur les dents et les mâchoires sont dignes de la plus haute considération.

Le Président, après avoir remercié M. Davenport, donne la parole à M. Campion qui, à l'aide d'une lanterne à projections, reproduit des modèles typiques, illustrant le sujet en discussion.

M. Campion pense que la question peut-être envisagée à différents points de vue. M. Davenport a parlé de l'extraction de différentes dents sur l'arcade théorique, lui il l'a envisagé au point de vue pratique. Les dents cariées peuvent être classées en deux catégories, les dents guérissables et les dents inguérissables : et parmi ces dernières se trouvent un grand nombres de molaires de six ans.

On proposa d'illustrer cette question, des résultats de l'extraction de la molaire de six ans, il lui sembla qu'un point important est ceci ; il est reconnu que parmi les classes pauvres et les classes riches, un grand nombre de patients se présentent à différentes époques avec des molaires de six ans inguérissables.

Il lui a donc semblé chose utile d'avoir quelques modèles démontrant les résultats de l'extraction de ces dents à différentes époques afin d'essayer de pouvoir trouver dans quelles conditions et à quel âge il valait mieux enlever ces molaires inguérissables, dans le but de produire les meilleurs résultats ultérieurs.

C'est cette idée qui est le point de départ de cette section du musée et c'est ce point de vue qu'il a envisagé et qu'il compte présenter.

Il propose de montrer des photographies de cas où la molaire supérieure et la molaire inférieure avaient été extraites, puis d'autres où l'extraction a été faite à l'une des mâchoires seulement. Il fait remarquer que dans les cas où une dent seule avait été enlevée, le résultat était mauvais; dans les cas d'extraction des deux molaires les résultats étaient meilleurs.

C'est la conclusion à tirer des modèles réunis.

M. Turner. On rencontre rarement une arcade typique. La symétrie des deux parties du corps humain est chose rare aussi. On a trente-deux dents qui par mille causes différentes peuvent être dérangées. Ce qui rend l'arcade normale exceptionnelle.

M. Cunningham se dit l'avocat des vues de M. Davenport; l'extraction de la molaire de six ans est une question ancienne débattue ici et ailleurs; la solution ne pourra s'obtenir que par la réunion d'un grand nombre de modèles, montrant le résultat de l'extraction des molaires et des bicuspides et portant sur plusieurs années.

Il faudrait avoir vu la bouche avant l'extraction mais cela ne se peut guère.

Les livres classiques ne s'occupent que d'un point de vue particulier et non général comme Davenport.

Qu'est-ce qu'une dent isolée? Rien; avec des dents voisines c'est quelque chose.

Dans l'extraction de la molaire de six ans, le maintien ou l'amélioration de la fonction est le principe essentiel qui doit nous guider. On ne doit pas regarder la dent isolée comme l'unité mais comme le facteur contribuant ou nuisant à la vraie fonction organique, et la dentition entière doit être considérée comme un tout.

Mettant à part la considération de l'importance des dents comme appareil pour la production de la parole, nulle dent ne contribue plus aux fonctions de mastication que la molaire de six ans et nulle dent n'est perdue plus prématurément. Le résultat est que les molaires restantes perdent leurs qualités triturantes et deviennent au point de vue fonctionnel des incisives.

Il pense que l'on pourrait formuler les axiomes suivants :

1° Le but est de maintenir ou de restaurer l'intégrité des fonctions; on ne doit pas considérer une dent isolée mais l'ensemble;

2° Une série complète de dents n'est pas absolument utile pour les fonctions de mastication;

3° Chaque dent n'est pas également importante dans les fonctions de la série dentaire.

Si l'on envisage maintenant la question du meilleur moment pour faire l'extraction symétrique,quelques praticiens conseillent de faire cette extraction à un âge spécifique. Le mieux serait de n'obéir à aucune règle pour la question d'âge, mais de se laisser guider par le développement des dents, qui dans certaines limites est très variable. Il y a même là une différence d'opinions, quelques personnes sont guidées par la première apparition de la seconde molaire à la surface de la gencive, tandis que d'autres penchent pour attendre jusqu'à son éruption complète.

De par son expérience personnelle M. Cunningham est plutôt partisan du dernier avis, car par là nous choisissons le moment où on gagne le plus au point de vue de l'espace.

Il croit qu'on n'a rien à gagner à attendre que les secondes molaires soient placées, à moins que cela ne permette aux tissus alvéolaires de bien se former et de se solidifier autour des dents.

On prétend que si l'extraction des quatre premières molaires est nécessaire, l'extraction des dents inférieures doit être faite à peu près un an avant celle des dents supérieures, à cause de la densité plus grande de la mâchoire inférieure.

Une autre manière de voir est que les premières molaires devraient être extraites quelque temps avant l'apparition des secondes molaires. Ce n'est pas sa manière de voir à lui, mais il est forcé d'admettre que quelques-uns des modèles montrant que cette extraction symétrique avait eu lieu à l'âge de neuf ou dix ans, et que les résultats avaient étés bons, l'articulation s'était bien faite.

Il est vrai que les mouvements postérieurs des dents qui résultent d'extractions symétriques judicieusement faites, sont tels qu'il arrive que même un expert peut douter si la première molaire a été extraite. Souvent il en résulte une grande perte des surfaces masticantes par la rotation et l'inclinaison.

L'implantation verticale ou angulaire des dents dans leur alvéole est un facteur important pour déterminer les mouvements postérieurs des dents.

Des modèles d'extractions systématiques faites à des mâchoires mordant bout à bout, montrent qu'il y a beaucoup moins de déplacement que dans les dents à implantation oblique.

M. Charles Tomes.

Il ne pouvait suivre M. Davenport dans ce qu'il exposait des résultats qui suivaient nécessairement l'extraction de la molaire de six ans, par suite de la courbe du palais sur un plan horizontal.

Il était prêt à admettre que les mâchoires étaient loin de la perfection, mais une denture qui serait probablement insuffisante pour un homme préhistorique serait très suffisante pour un homme du jour, où la nourriture est si soigneusement préparée.

Au point de vue de la question de l'extraction, et du traitement par les plaques. Il doit avouer n'avoir jamais vu de cas où de grandes irrégularités aient été traitées avec succès par les plaques dont l'articulation finale ait été entièrement satisfaisante.

Les dents étaient rendues régulières mais la morsure était imparfaite.

Lui-même était un fervent adepte de l'extraction de la molaire de six ans, mais son idée est changée, et il ne l'enlève que s'il n'y a pas possibilité de la conserver pendant quelques années. Il préfère extraire une bicuspide saine qu'une première molaire quelque peu endommagée.

Mais cela est une question du degré de carie ou de mauvais développement. Beaucoup de praticiens ont l'habitude d'avulser les molaires sans s'inquiéter si l'extraction d'une autre dent serait préférable. Dans sa carrière, quand il trouve une molaire et une seconde biscupide également gâtées, il enleve de préférence la seconde bicuspide. Il ne faut pas oublier que la première molaire est la dent triturante la plus importante et si on l'enlève avant que les autres molaires se soient bien placées, elle n'ont *jamais la même force.*

M. Mundell dit avoir examiné récemment avec beaucoup d'intérêt les dents d'environ 160 garçons d'une école du Devonshire dans le but était de se faire une opinion sur la question de l'extraction de la molaire de six ans ou des bicuspides. Il doit dire que dans la majorité des cas, bien 80 0/0, il eût mieux valu pour ces enfants qu'on leur enlevât la molaire de six ans.

M. H. C. Quinby. Le sujet que nous avons discuté aujourd'hui a été une des principales études de ma vie professionnelle. Je vis de très bonne heure que pour obtenir un résultat à peu près satisfaisant dans la pratique dentaire, nous devions combattre les premiers indices du mal, et autant que possible l'empêcher.

Je vis bientôt très clairement, comme cela arrive en son temps à tout praticien, que tous nos efforts pour préserver les bicuspides, simplement en les obturant, étaient souvent des échecs. Mais si ces dents se trouvaient isolées, même par le plus petit espace, de façon à pouvoir entretenir la propreté sans trop de difficultés, les obturations donnaient de meilleurs résultats. Et même si on pouvait les isoler avant la carie, l'obturation n'avait plus de raison d'être. De nos jours on a l'habitude d'enlever les dents malades, et comme nous savons tous, la molaire de six ans se carie presque toujours de très bonne heure. J'ai vu rarement un jeune patient m'arriver avec toutes ses premières molaires complètes. Il est naturel que m'étant mis à observer les effets de l'isolement, et ayant fait la comparaison de l'isolement des dents d'un côté et le contact des dents de l'autre, surtout quand la première molaire avait été enlevée sans reflexion à des âges variés de l'enfance, j'en ai conclu que l'état des mâchoires ne pouvait que gagner à cette extraction.

D'un autre côté, l'extraction de la molaire de six ans, à la suite d'odontalgies qu'on veut supprimer, une aujourd'hui, une autre (peut-être de l'autre côté de la bouche) l'année suivante était une cause de complications sérieuses dans l'articulation, quelquefois affectant l'arrangement symétrique des incisives, quand, un peu plus tard, la pression en avant des dents de sagesse les poussait d'un côté.

De là ces conclusions.

1. L'extraction de la molaire de six ans peut sauver les bicuspides de la carie en leur laissant l'espace pour permettre l'isolement.

2. En enlevant ces dents successivement au hasard sans envisager quel sera l'effet futur sur l'articulation des autres dents, on peut beaucoup endommager l'aspect de la bouche.

3. Que de l'extraction de ces dents avant qu'elles soient suffisamment remplacées par d'autres pour la mastication résulte pour le patient une perte sérieuse pour la mastication de la nourriture.

4. Qu'il est possible dans tous les cas de soigner les dents et de les rendre tout au moins utiles et indolores jusqu'à l'éruption de la molaire de douze ans.

5. Que la période la plus dangereuse pour les dents est de douze à seize ans. Pendant que les dents ne sont pas encore bien constituées, l'adolescent croît rapidement et par conséquent est moins fort, pendant que des changements constitutionnels importants se préparent.

6. Si on enlève en même temps toutes les molaires de six ans, l'effet bienfaisant se fait sentir promptement dans toutes les bicuspides, sur les autres dents antérieures.

7. Le soulagement étant donné simultanément aux deux côtés de la bouche, il y a une séparation uniforme qui ne dérange en rien l'arrangement symétrique des dents de devant.

8. La perte au point de vue de la mastication n'est pas plus grande en enlevant deux dents antagonistes qu'en n'en enlevant qu'une seule.

9. La meilleure époque pour enlever la molaire de six ans est immédiatement après l'éruption complète des molaires de douze ans, de façon à ce que l'articulation soit complète, parce que généralement (quoique pas toujours) vers l'âge de douze ans, c'est la période dangereuse à cause de formation de la carie. On a alors de bonnes dents pour la mastication, et on ne sentira guère la perte de celles-là. Les surfaces articulées des molaires, quand elles sont en occlusion, donnent un support naturel à ces dents et les aident à rester immobiles dans leurs alvéoles, et ce qui est de grande importance, les maxillaires ont atteint tout leur développement pour au moins deux ou trois ans ou jusqu'à l'éruption des dents de sagesse.

10. Comme on ne peut pas compter sur l'apparition des molaires de douze ans à une époque fixe (j'ai vu un cas où elles s'étaient montrées à neuf ans et dans d'autres cas pas avant quinze ans) et, comme par expérience, il est prouvé que les meilleurs résultats pour l'extraction de la molaire de six ans sont obtenus quand on attend l'éruption complète des molaires de douze ans, donc la meilleure époque pour ces extractions dépend du développement, et pour atteindre ce but un examen fréquent de la bouche est nécessaire.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Réunion mensuelle du mardi 4 octobre 1892.

La séance est ouverte à 9 heures sous la présidence de M. Damain, président.

Les membres du bureau sont présents à l'exception du secrétaire annuel qui ne s'est pas excusé.

Le nombre des membres est tellement restreint qu'après les avoir consultés et manifesté ses regrets de constater une semblable indifférence de la part des sociétaires, le président propose de lever la séance en signe de protestation.

Cette motion est adoptée sans discussion.

Le président,
DAMAIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES EFFETS DU DENTIST'S ACT D'APRÈS LES CHIFFRES

TABLE ÉTABLISSANT LES NOMBRES ET QUALIFICATIONS DES PRATICIENS INSCRITS AU DENTIST'S REGISTER POUR LES ANNÉES 1879-1891-1892.

QUALIFICATIONS	INSCRIPTIONS 1879	1891	1892
1. DENTISTES DU ROYAUME-UNI			
A. Licenciés chirurgien-dentaire des collèges suivants :			
a) Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre.	336	505	533
b) Collège Royal des chirurgiens d'Edimbourg.	11	85	104
c) Faculté de médecine et chirurgie de Glascow.	5	92	97
d) Collège Royal des chirurgiens d'Irlande.	131	442	445
Licenciés en chirurgie dentaire. .	483	1.126	1.179
On a enregistré aussi 130 qualifications de médecins et chirurgiens, et en 1891, 106 inscriptions avec grades supplémentaires.			
B. Déclarations personnelles, pratique bona-fide de l'art dentaire.			
a) Grades de chirurgiens supplémentaires.		26	27
b) Sous-grades supplémentaires. . .	4.806	3.650	3.671
Dentistes du Royaume-Uni.	5.289	4.802	4.877
1. DENTISTES ÉTRANGERS			
Docteurs en médecine de l'Université de Harvard.	2	6	7
Docteurs en chirurgie dentaire de l'Université de Michigan.		9	12
Cela donne le nombre des L. D. S. qui prennent aussi toutes leurs qualifications en chirurgie et médecine.	5.291	4.817	4.896
C'est le nombre de ceux qui ne trouvent pas la qualification de dentiste nécessaire, leur titre équivaut à celui de stomatologue.			
Les qualifications dentaires supplémentaires ne sont pas enregistrées, les qualifications médicales seules le sont, beaucoup de D. M. D. et D. D. S. sont enregistrés L. D. S. seulement.			

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

Total des dentistes enregistrés :

1879	5.291
1882	5.343
1884	5.296
1890	4.818
1891	4.817
1892	4.896

Nombre de dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires :

1879	4.806
1881	4.698
1882	4.643
1883	4.493
1884	4.490
1885	4.418
1886	4.329
1887	4.268
1888	3.914
1889	3.858
1890	3.225
1891	3.650
1892	3.671

Total des licenciés en chirurgie dentaire :

1879	483
1890	1.079
1891	1.126
1862	1.179

Proportion des diplômés (qualifications dentaires ou médicales) donnant le droit d'exercer la chirurgie dentaire par rapport au nombre total des enregistrés :

1879	913
1890	22.41
1891	23.36
1892	24.07

En Angleterre les effets transitoires de la loi ont porté non seulement sur le droit d'exercer pour quiconque déclarait *corra fide* exercer la profession de dentiste au jour de la promulgation de la loi, mais encore sur certaines dispenses d'examen accordées aux praticiens exerçant antérieurement à 1878 et c'est à partir du 12 juillet 1891 que toute dispense d'examen préliminaire a été abolie.

Il résulte donc des chiffres ci-dessus que treize ans après la mise en vigueur du *Dentist's Act* plus des trois quarts des dentistes exercent encore en vertu des dispositions transitoires, et que seulement un quart est constitué par les diplômés en chirurgie dentaire (L. D. S.), et les autres gradés en ayant des titres médicaux supplémentaires.

On notera également les effets de la loi anglaise sur le nombre

total des enregistrés qui, de 5.343 en 1882, était tombé à 4.818 en 1891 soit une diminution de 525. L'année 1892, en augmentation de 79, semble inaugurer une période nouvelle, les années 1890 et 1891 étant restées égales à une unité près.

On tiendra compte en examinant les chiffres ci-dessus, qu'ils ne comprennent pas le chiffre total des praticiens, mais seulement celui des enregistrés. A côté d'eux s'est constituée une certaine classe de dentistes n'ayant pas tous les avantages que la reconnaissance légale confère, mais qui néanmoins peuvent exercer. Quelle est leur proportion relativement aux premiers ? Nous ne saurions le dire et nous serions heureux de la connaître.

Si le gouvernement anglais a été trop exigeant, en dressant le programme des études et des examens, si les connaissances demandées pour l'obtention du titre de L. D. S. ne correspondent pas à des nécessités pratiques, il est évident qu'elles susciteront des concurrences nombreuses aux dentistes enregistrés et que nombre de praticiens se placeront en dehors de la loi. Au point de vue de l'intérêt général cela peut constituer un correctif, une sorte de soupape de sureté. Il est dès maintenant remarquable que le nombre des L. D. S. n'augmente chaque année que d'une cinquantaine environ.

Il nous sera permis de faire une comparaison entre la réglementation anglaise et la réforme spontanée du corps professionnel en France. Il y a environ 2.000 dentistes sur notre territoire; sur ce nombre 250 sont diplômés de l'Ecole dentaire de Paris, 120 environ sont diplômés de l'Ecole dentaire de France, enfin une centaine a des diplômes médicaux ou des diplômes étrangers. Cela constitue une proportion de 25 diplômés pour 100 praticiens, proportions analogues à celles données par la statistique anglaise.

On voit que la réglementation n'a pas des conséquences transformistes immédiates et que ceux qui la redoutent comme ceux qui espèrent en elle, n'en seront guère influencés personnellement.

P. D.

LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

On lit dans le *Bulletin médical* du 6 novembre 1892 l'importante note suivante :

Nous avons tout lieu de penser que l'adoption définitive par le Sénat du projet de loi sur l'exercice de la médecine aura lieu d'ici 15 ou 20 jours.

On se rappelle que la loi votée par le Sénat a été adoptée par la Chambre avec de légères modifications que nous avons indiquées en leur temps. Néanmoins, cette loi n'est pas encore revenue au Sénat. Cela provient de ce qu'elle a dû passer préalablement et successivement par les trois ministères de l'intérieur, de l'instruction publique et des affaires étrangères. D'ordinaire, chaque ministère garde fort longtemps les textes des projets de loi, et, de ce fait, il y avait lieu de craindre de nouveaux et longs retards avant l'adoption définitive par le Sénat. Mais grâce, croyons-nous, aux dé-

marches très actives du rapporteur de la commission du Sénat, M. le prof. Cornil, les délais habituels ont été sensiblement réduits.

Ce document législatif, qui marquera une date dans la profession médicale, se trouve, en effet, en ce moment, au ministère des affaires étrangères, qui le renverra, dans deux ou trois jours, au Sénat. Il sera distribué — imprimé — aux sénateurs presque immédiatement après. Le rapporteur, M. Cornil, fera alors un simple rapport verbal, et demandera, au nom de la Commission, la mise immédiate à l'ordre du jour. Or, comme la Chambre des députés n'a fait — nous l'avons dit — aucune modification sérieuse au texte adopté par le Sénat ; comme, d'autre part, l'ordre du jour de la haute assemblée est très peu chargé à l'heure actuelle, il est extrêmement probable que le Sénat ne verra aucun inconvénient à voter tout de suite la loi. Elle serait, par conséquent, promulguée quatre ou cinq jours après, soit dans quinze ou vingt jours à dater d'aujourd'hui.

Nos renseignements personnels concordent avec les prévisions de la note du *Bulletin Médical*. L'un des commissaires du gouvernement ayant soutenu la loi devant les Chambres nous a annoncé dans une récente entrevue que les probabilités étaient pour la discussion vers le 15 décembre.

TRIBUNAL DE COMMERCE DE LA SEINE (19 août 1892)

ACTE DE COMMERCE. — DENTISTE. — VENTE DE POUDRE DENTIFRICE. — SOCIÉTÉ. — CARACTÈRE CIVIL. — TRIBUNAL DE COMMERCE. — INCOMPÉTENCE

L'exploitation d'un cabinet médical et d'un cabinet de dentiste ne constitue pas un acte de commerce, alors même que cette exploitation comporterait la vente d'une poudre dentifrice et d'articles afférents à la prothèse dentaire, si cette vente n'est qu'une conséquence accessoire de la profession de dentiste.

En conséquence, est civile la société formée en vue de cette exploitation et la juridiction commerciale est incompétente pour connaître des difficultés nées entre les associés.

Edward Léon c. Bourgeois.

Le Tribunal,

Attendu que Paul Bourgeois ne comparaît pas, ni personne pour lui, mais statuant tant d'office à son égard que contradictoirement à l'égard de Charles Bourgeois comparant ;

Attendu qu'il est établi que la société de fait dont la nullité est demandée et à laquelle se réfèrent les conclusions prises d'autre part par Edward Léon avait pour objet l'exploitation d'un cabinet médical et d'un cabinet de dentiste ; que s'il est vrai que ce dernier cabinet comportait la vente aux clients qui pouvaient s'y présenter d'une poudre dentifrice et d'articles afférents à la prothèse dentaire, il est constant que cette vente ne constituait en l'espèce

qu'une concession accessoire de la profession exercée par le demandeur dans l'intérêt commun des parties au procès et ne saurait avoir pour effet de modifier le but et le caractère civil de leur association; qu'en l'état, il échet pour ce Tribunal même d'office de se déclarer incompétent à raison de la matière pour statuer en l'espèce;

Par ces motifs,

Se déclare incompétent;

Renvoie en conséquence la cause et les parties devant les juges qui doivent en connaître;

Et condamne Edward Léon aux dépens.

(*Revue de Jurisprudence Médicale.*)

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

Par Maurice Roy.

I. De la stomatite mercurielle. — II. Chancres syphilitiques extra-génitaux. — III. Des accidents de dentition. — IV. De la fièvre de dentition. — V. Fracture de la paroi du conduit auditif et luxation en arrière du maxillaire inférieur par pénétration des condyles dans l'oreille. — VI. Dentier traversant le tube digestif sans accident.

I. — DE LA STOMATITE MERCURIELLE

M. Galippe a fait à la Société de Biologie une communication qu'il publie dans le *Journal des Connaissances médicales*. C'est une réponse à l'article de M. Lermoyez que nous avons analysé dernièrement (voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 93). Il s'agissait, nos lecteurs s'en souviennent, d'une malade qui avait eu une stomatite à la suite de gargarismes avec une solution de cyanure de mercure à 2 0/00. L'auteur défend à nouveau sa théorie qui fait une stomatite purement septique de la stomatite que l'on a coutume de désigner sous le nom de stomatite mercurielle. Il s'ingénie un peu longuement à prouver qu'il ne reste qu'une quantité infinitésimale de mercure dans la bouche lorsque l'on fait des gargarismes avec une solution de cyanure à 2 0/00; c'est là une chose qui ne fait pas de doute.

Il rapporte l'observation d'une malade ayant eu une stomatite à la suite d'un traitement mercuriel et qui a pu continuer ce traitement après nettoyage de la bouche et antisepsie avec une solution de cyanure de mercure.

Nous sommes bien d'accord avec notre confrère lorsqu'il dit à M. Lermoyez qu'il « s'est fait une étrange illusion en se figurant qu'il suffisait pour obtenir de l'antisepsie buccale de faire laver la bouche de la malade, même avec une solution de cyanure de mercure », et lorsqu'il indique la nécessité de procéder à un nettoyage méthodique et complet de la cavité buccale; si on se le rappelle,

nous défendions les mêmes idées dans l'analyse du travail de M. Lermoyez (*loc. cit.*).

Mais M. Galippe ne nous a pas encore convaincu lorsqu'il dit que le mercure n'est absolument pour rien dans la stomatite dite mercurielle.

Les malades sont infectés avant l'absorption du mercure, nous dit-il; fort bien, mais enfin pour quelle raison un malade qui ne présente aucun accident avec un état septique manifeste de la bouche a-t-il, après absorption du mercure, une stomatite... septique si cela convient à notre distingué confrère.

Il y a là bien évidemment quelque chose de particulier au mercure puisqu'un autre médicament, même à élimination buccale, ne provoque pas de stomatite. Comment agit le mercure pour produire la stomatite? Cela c'est encore un problème. M. Ullmann, de Vienne, vient de communiquer dernièrement, au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie tenu dans cette ville, le résultat de ses recherches d'après lesquelles il n'y aurait pas de mercure dans la salive. (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 185) mais quoiqu'il en soit, il nous paraît indiqué de donner le nom de mercurielle à une stomatite, septique si l'on veut, qui se manifeste à l'occasion de l'absorption de mercure.

II. — CHANCRES SYPHILITIQUES EXTRA-GÉNITAUX

Dans le service ou à la consultation de M. le professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis, chaque fois que se présente un cas de chancre syphilitique extra-génital, il est noté avec soin. C'est le relevé de toutes ces observations depuis le 1er février 1890 jusqu'au 1er novembre 1891 que publie, dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, M. H. Feulard, ancien chef de clinique du service.

Il nous a paru intéressant de rechercher parmi ces observations les cas de chancres buccaux; leur nombre est relativement considérable, sur 86 chancres extra-génitaux on en trouve 56 buccaux (bouche ou voisinage).

Ces 56 cas se décomposent ainsi :

Chancres de la lèvre supérieure	25 :	14 hommes,	9 femmes,	2 enfants.
— inférieure	14 :	10 —	4 —	
— des lèvres et des commissures	7 :	3 —	3 —	
— de la langue	4 :	3 —		
— de l'amygdale	6 :	5 —	1 —	
— de la joue	2 :	1 —		1 —
— du menton	10 :	9 —		

Un certain nombre de ces malades présentaient des chancres multiples; c'est ainsi que l'un deux avait un chancre à la lèvre supérieure, deux à lèvre inférieure, un au menton et un au prépuce ; un autre malade en avait deux au menton, un à l'amygdale et un au fourreau de la verge.

L'étiologie d'un certain nombre de ces chancres est inconnue, certains autres sont d'origine vénérienne, d'autres paraissent devoir être attribués à la contagion médiate, pipe, verre à boire, rasoir; ce dernier est la cause des chancres du menton.

III. — Des accidents de dentition. — IV. De la fièvre de dentition

Les opinions les plus contradictoires continuent à être émises par les divers auteurs au sujet des accidents de la dentition. Deux professeurs étrangers, M. Kassowitz et M. H. Müller (*Semaine médicale*), apportent de nouveaux faits à l'appui de deux théories opposées et tous deux s'appuient sur l'observation clinique.

M. Kassowitz, docent de pédiatrie à la Faculté de médecine de Vienne, « a démontré, au club médical de Vienne, que, abstraction faite de quelques modifications locales sans importance, la dentition ne détermine jamais d'affection locale ou générale et que les nombreux accidents qu'on observe chez les enfants pendant la période de dentition n'ont aucun rapport avec l'évolution dentaire ».

D'après cet auteur, le gonflement non douloureux de la gencive est la seule altération buccale ; la salivation est indépendante de l'éruption des dents car elle existe longtemps avant celle-ci et cesse souvent avant, parfois longtemps après sa terminaison.

M. Kassowitz n'a jamais vu d'élévation de la température pendant l'éruption des dents, à moins qu'il n'y eût une affection intercurrente. Les troubles digestifs observés avaient toujours pour cause un écart de régime. Enfin tous les troubles des divers appareils observés pendant l'éruption des dents reconnaissaient la même cause qu'avant et après la dentition.

« On a prétendu que pendant la dentition les enfants étaient plus susceptibles à l'action des agents morbifiques et que la marche des maladies était influencée défavorablement. D'après les observations de M. Kassowitz, il n'en est rien. Ses statistiques prouvent que la morbidité et la mortalité chez les enfants sont d'autant plus considérables que ceux-ci sont plus jeunes, de sorte qu'en général elles sont plus grandes dans les années qui précèdent la dentition que pendant la dentition elle-même et plus grande pendant la dentition que pendant les années suivantes. »

Il est important de connaître ces faits « car il arrive souvent que des accidents sérieux qui mériteraient un traitement approprié, sont négligés au détriment des enfants parce qu'on les attribue à la dentition ».

M. le docteur H. Müller, privat docent de médecine interne à la Faculté de médecine de Zurich, arrive à des conclusions toutes différentes de celles de M. Kassowitz. D'après cet observateur il y aurait une véritable fièvre de dentition.

Par les tracés thermométriques pris chez des enfants dans plusieurs cas de fièvre de dentition, alors qu'un examen minutieux lui avait permis d'éliminer toute autre cause d'hyperthermie, il a pu constater que cette fièvre est assez intense puisque la température peut atteindre 40°. « Mais ce qu'il y a d'intéressant et de démonstratif dans les tracés de M. Müller, c'est qu'on peut y voir la disparition complète et rapide, presque instantanée de la fièvre par la scarification des gencives. »

M. Müller fait une ou plusieurs incisions suivant les cas, sur la petite calotte gingivale formée par la dent sous-jacente ; il ne s'écoule que quelques gouttes de sang et l'on voit disparaître tous les accidents. Il faut faire cette petite opération antiseptiquement et s'assurer que l'enfant n'appartient pas à une famille d'hémophiles.

V. — FRACTURE DE LA PAROI DU CONDUIT AUDITIF ET LUXATION EN ARRIÈRE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR PAR PÉNÉTRATION DES CONDYLES DANS L'OREILLE

M. Aunis. Il s'agit d'un homme de trente-six ans, chauffeur à bord d'un steamer qui, à la suite d'un coup de mer, fut projeté sur un tas de charbon. Il tomba de telle sorte que son menton vint heurter violemment un bloc de charbon et il se fit, un peu à gauche de la ligne médiane du maxillaire inférieur, une plaie contuse d'environ trois centimètres de longueur. Il ressentit, au moment du choc, une douleur vive dans les deux oreilles, mais surtout du côté gauche. Il n'y eut pas d'otorragie, mais l'ouïe était absolument abolie lorsque le malade tenait sa bouche fermée. Les mouvements d'abaissement du maxillaire inférieur étaient douloureux et difficiles.

Lorsque le malade arriva à Bordeaux, il entra à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le Dr Solles qui le fit passer dans le service de M. le Dr Baudrimont.

Aujourd'hui, on remarque chez cet homme un léger degré de rétropulsion du maxillaire inférieur, les incisives inférieures étant un peu en retrait sur les supérieures. Les mouvements du maxillaire sont un peu douloureux, mais possibles. Les molaires inférieures manquent, ce qui est, comme l'a montré M. Baudrimont dans son très intéressant mémoire, une puissante cause prédisposante à la luxation en arrière du maxillaire.

Les conduits auditifs sont aplatis d'avant en arrière, leur paroi antérieure étant venue se mettre presque au contact de la postérieure. Le gauche est beaucoup plus aplati que le droit. Au niveau de leur paroi antérieure, on ne sent pas de crépitation. Il se fait par les deux oreilles un léger écoulement séreux ; bien que l'examen à l'otoscope soit pour le moment impraticable, il ne semble pas y avoir déchirure de la membrane du tympan. L'ouïe est très affaiblie, mais elle semble s'améliorer de jour en jour depuis qu'on essaye avec des sondes en gomme élastique de rétablir le calibre des conduits auditifs.

Ce cas est à ajouter aux observations publiées par MM. Morvan et Sourier et à celles rassemblées et publiées dans le travail de M. le Dr Baudrimont, présenté à la Société de Chirurgie en 1882.

M. Sabrazès insiste sur les conditions d'âge favorables à la production de ces déplacements chez l'enfant, il a vu une chute sur le menton déterminer une inflexion en dedans des deux condyles, une véritable entorse épiphysaire bi-latérale caractérisée par de la tuméfaction et de la douleur diffuses au-dessous de l'articulation

temporo-maxillaire, sans qu'il y eût solution de continuité osseuse. On élimina par l'examen de l'oreille au spéculum, par l'absence d'otorragie, la luxation en arrière bi-latérale avec fracture de la paroi osseuse du conduit auditif. Le petit malade appartenait à la clientèle privée de M. Baudrimont. Il était antérieurement, comme nous pûmes en juger d'après une photographie, nettement dolichocéphale ; après l'accident, par suite de la déformation bi-latérale du col condylien, convexe et saillant en dehors, il fut et resta brachycéphale.

VI. — DENTIER TRAVERSANT LE TUBE DIGESTIF SANS ACCIDENTS

Le *Bulletin médical* rapporte la communication suivante de M. Moulonguet à la Société médicale d'Amiens. Un homme avale son dentier pendant son sommeil et se réveille à une heure et demie du matin, étouffant, avec la sensation d'un corps étranger dans la gorge que tous ses efforts ne parviennent pas à expulser. A la suite de tentatives infructueuses pour retirer le corps étranger de l'œsophage, ce corps tombe dans l'estomac et le malade se trouve soulagé.

En présence de ce résultat, dit M. Moulonguet, nous jugeons toute intervention inutile, du moins momentanément, et ce momentané a été définitif, car cinquante-quatre heures après l'avoir avalé, le malade a expulsé son dentier dans ses féces.

Le trajet de ce corps étranger dans l'intestin s'est effectué sans douleur. Le malade a mangé très peu, s'est promené, a pris un purgatif le surlendemain (eau-de-vie allemande et sirop de nerprun, de chaque dix grammes) et deux heures après, sans douleur, sans s'en apercevoir, il rendait son dentier avec sa purgation. L'appareil est de forme ordinaire avec six dents, séparées par des intervalles, trois devant, deux à l'extrémité droite, une à l'extrémité gauche. Il a six centimètres dans son grand diamètre.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

I. — L'ALUMINIUM EST-IL NUISIBLE?

La note que nous avons publiée à ce sujet dans le n° d'octobre de la *Revue Internationale d'Odontologie* nous a valu la communication d'un de nos abonnés de province M. Monin, D. E. D. P.

Nous la reproduisons, ainsi que d'autres extraits de journaux scientifiques.

Dans la *Revue Encyclopédique* du 15 octobre 1892, on écrit ceci :

Aluminium. — M. Balland s'élève contre l'assertion de deux chimistes allemands, MM. Lubbert et Roscher, qui, il y a quelques mois

ont cru devoir annoncer que le vin, l'eau-de-vie, le café et le thé attaquent l'aluminium et qu'il faut renoncer à utiliser ce métal dans la fabrication des bidons de campagne.

Les travaux de M. Balland prouvent, au contraire, que l'aluminium peut être employé avec avantage ; il résiste mieux que les métaux ordinaires (fer, cuivre, plomb, zinc, étain) à l'action de l'eau, du vin, de la bière, du cidre, du café, de l'urine, etc. Le vinaigre et le sel marin l'attaquent à peine. L'auteur rappelle à ce propos les expériences formulées par H. Sainte-Claire Deville, à qui revient la gloire d'avoir inauguré la fabrication industrielle de l'aluminium, et son impatience aussi lorsqu'il écrivait : « Rien n'est plus difficile que de faire admettre dans les usages de la vie et de faire entrer dans les habitudes des hommes une matière nouvelle, quelle que puisse être son utilité ; mais j'ai tout espoir qu'un jour la place de l'aluminium se fera dans nos habitudes et dans nos besoins. » La richesse du sol français en *bauxite*, la légèreté du métal qui nous occupe et sa résistance aux agents atmosphériques sont des avantages qui l'imposent au Ministère de la guerre particulièrement. (Académie des sciences, séance du 27 juin 1892.)

Communiqué par M. Monin.

D'autre part nous trouvons dans le QUARTERLY CIRCULAR *des détails intéressants sur les propriétés de l'aluminium.*

II. — PROPRIÉTÉS DE L'ALUMINIUM

L'aluminium est un métal mou, comparativement faible comme l'étain ou le zinc, et n'a qu'un tiers du poids du fer, tandis que le bronze aluminium a à peu près la force et le poids du bon acier.

L'aluminium pur est un conducteur deux fois meilleur que le cuivre à poids égal ; si l'aluminium est pur il ne se ternit pas à l'air humide.

On peut en faire un fil si fin qu'il n'emploie à peu près que 20 grains par *mile* et nous avons conservé un de ces fils à Liverpool pendant presque huit ans sans la moindre altération apparente. Pendant cette période aussi, nous avons eu de la dentelle d'aluminium égalant en finesse la meilleure dentelle d'or et elle est encore sans altération.

L'alcali et l'eau salée ternissent vite l'aluminium, ainsi que le vinaigre et les autres acides végétaux.

Il n'est donc pas aussi pratique pour les ustensiles de ménage que pourraient le faire supposer son poids léger et ses autres propriétés. Car à moins d'être très pur il s'altère très vite et jusqu'à présent le métal pur est très cher.

Pourtant, maintenant que les méthodes ont été introduites on peut se procurer le métal pratiquement pur pour 15 fr. le kilog. La grande valeur de l'aluminium consiste en son alliage.

Allié à de l'argent, on ne peut à première vue le distinguer de l'argent pur, et il se ternit beaucoup moins, mais il est plus léger.

Allié à du fer, en doses presque homéopathiques (quelques on-

ces pour une tonne de fer), il rend le fer plus fusible, et moins sujet à la rouille ; allié au cuivre, il fait de la poudre de bronze, et l'alliage déjà nommé ayant l'apparence de l'or, ses combinaisons avec beaucoup d'autres métaux et alliages sont remarquables pour leur dureté, inaltérabilité, et autres qualités utiles. L'aluminium a une autre grande propriété, ni le métal, ni son oxyde, ni ses sels communs ne sont des toxiques.

C'est le métal le plus abondant sur le globe à l'exception du calcium ou du fer et il fait grande concurrence à ce dernier.

Disons aussi que le métal jaune du calcium est aussi facilement réduit que l'aluminium, il est plus léger, et quoiqu'il se ternisse très vite a de grandes qualités, il est même surprenant qu'on l'emploie si peu.

Discovery.

III. — NETTOYAGE DE LA PEAU DE CHAMOIS

La peau de chamois, qui sert à nettoyer le verre et les objets métalliques, est d'un prix élevé ; il ne faut donc plus la jeter comme autrefois quand elle est salie, mais bien la nettoyer ainsi.

On place cette peau dans une solution faible de soude, dans de l'eau où l'on a jeté du savon râpé. On la laisse pendant deux heures, et on la frotte jusqu'à nettoyage complet. On rince ensuite dans de l'eau tiède savonneuse et non dans l'eau pure, car la peau durcirait en séchant. Le rinçage terminé, on tord dans un linge et l'on sèche rapidement. On peut aussi frotter la peau à sec et la brosser jusqu'à ce qu'elle ait repris toute sa douceur.

(*Revue scientifique.*)

IV. — LES ENCRES LUMINEUSES

Voici le procédé indiqué à l'*Imprimerie*, par M. Dutemple, conducteur-typographe, pour la fabrication des encres lumineuses :

Les compositions phosphorescentes s'obtiennent par la calcination du carbonate de chaux en présence du soufre. Suivant Péligot et Becquerel, qui ont longuement étudié cette question, la phosphorescence jaune est fournie par le mélange de 0,01 à 0,02 de peroxyde de manganèse aux matières précédentes, la phosphorescence verte, avec une petite quantité de carbonate de soude ; la phosphovescence bleue, par l'addition de 0,01 à 0,02 d'un composé de bismuth.

Si l'on porphyrise ces matières phosphorescentes et qu'on les incorpore ensuite à du vernis d'huile de lin, on peut se servir du mélange suffisamment broyé comme encre d'impression typographique, et imprimer des planches dont les épreuves, influencées le jour par la lumière, paraissent lumineuses dans l'obscurité.

(*Revue scientifique.*)

V. — ÉTIQUETTES SUR PORTE-OBJETS

Pour faire bien adhérer les étiquettes aux lames de verre porte-

objets du microscope, il est bon d'ajouter une petite quantité de sulfate d'alumine à la colle de gomme ou de dextrine. La préparation suivante est très convenable : on dissout 2 grammes de sulfate d'alumine dans 20 grammes d'eau, et on ajoute cette solution à 250 grammes de mucilage de gomme (gomme 2, eau 5).

Le professeur Penhallow écrit directement avec l'encre sur le verre, et, après dessiccation, il recouvre l'inscription avec une légère couche de baume du Canada dissous dans le benzol ou le chloroforme.

(*Pharm. Journal* et *Pharm. Centrahallle*, XXXIII, 1892, 416.)

VI. — MASTIC POUR LA RÉPARATION DES OBJETS EN CAOUTCHOUC

Le caoutchouc est de plus en plus employé et on en fabrique les objets les plus variés. On est quelquefois très embarrassé lorsque ces objets se trouvent fendus, craqués.

On nettoie d'abord la fente avec un grattoir, de façon à bien aviver les parois et à enlever les poussières ; on la remplit avec le mélange suivant.

Sulfure de carbone	30	grammes
Gutta-percha	4	—
Caoutchouc râpé	8	—
Colle de poisson	2	—

On lisse bien ce mastic avec un couteau légèrement chauffé, puis l'on maintient les bords au moyen d'un fil peu serré pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, on enlève les bavures.

NOUVELLES

RÉOUVERTURE DES COURS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

L'Ecole dentaire de Paris dont les cours étaient commencés depuis le 7 novembre a eu sa séance solennelle de réouverture samedi 12 novembre.

Cette cérémonie a eu lieu à l'Ecole sous la présidence de M. Emile Ferry, député et maire du neuvième arrondissement.

La séance a débuté par un discours de M. Lecaudey, directeur de l'Ecole, après lequel M. le Dr Isch Wall a fait une spirituelle conférence sur les médecins et les dentistes d'autrefois et sur ceux d'aujourd'hui le thème de son discours est le suivant :

L'Ecole dentaire de Paris a relevé le prestige du dentiste auprès du public et il arrivera un moment où on ne le ridiculisera plus et où on n'en fera plus un personnage comique. Grâce aux progrès sans

cesse réalisés, il arrivera pour lui ce qui est arrivé pour le médecin, raillé et bafoué autrefois alors qu'il n'était qu'un empirique s'en tenant à Hippocrate et à Galien, Le conférencier a été vivement applaudi M. Tusseau, secrétaire général, a ensuite fait son rapport annuel et proclamé les noms des lauréats et des diplômés de l'année et on a procédé à la distribution des médailles et récompenses.

M. Emile Ferry dans son allocution a félicité avec beaucoup de bonne humeur les maîtres et les élèves.

RÉOUVERTURE DES COURS A L'ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE

L'École de la rue de l'Abbaye a rouvert ses cours lundi 14 novembre sous la présidence d'honneur du Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts qui avait délégué, pour le représenter, M. Charles Letort.

M. Crignier, président de l'Association, fait un discours sur la situation que va créer aux dentistes la loi qui va être votée prochainement.

M. le Dr Queudot fait ensuite une conférence très applaudie sur les progrès réalisés dans l'art dentaire grâce au microscope et à l'antisepsie.

Le délégué du Ministre prend alors la parole et félicite les fondateurs des deux groupements professionnels, l'Association générale des Dentistes de France et l'Association de l'École odontotechnique qui ont réussi à créer de toutes pièces un enseignement professionnel sérieux en créant, en même temps, une œuvre de bienfaisance et de philanthropie.

Après ce discours, M. le Dr Mora donne lecture du palmarès et on procède à la distribution des récompenses. Au moment de lever la séance, M. Maurice Hivert, professeur suppléant, offre à M. Damain, directeur de l'École, au nom des diplomés, un écrin renfermant les palmes d'officier d'Académie enrichies de diamant.

L'assemblée générale annuelle de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris aura lieu le samedi 26 novembre 1892, à 8 heures précises du soir.

ORDRE DU JOUR

1. Procès verbal. Correspondance.
2. Adoption du réglement intérieur.
3. Rapport du secrétaire général.
4. Rapport du trésorier.
5. Rapport de M. Gillard, directeur-adjoint.
6. Election des 20 membres du Conseil.

LEÇON D'ADIEU DU PROFESSEUR VERNEUIL

Le professeur Verneuil a fait, samedi soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sa dernière leçon, qui était ainsi une leçon d'adieu à ses élèves.

Tous ses collègues, tous ses élèves, désireux de rendre au maître, qui, depuis trente ans, est une des gloires de la chirurgie française, un éclatant hommage, étaient accourus pour l'entendre une dernière fois. L'amphithéâtre était insuffisant pour contenir les nombreux assistants venus pour applaudir le sympathique professeur.

A son entrée M. Verneuil a été salué par plusieurs salves d'applaudissements et aussitôt, à huit heures et demie précises, la séance a été ouverte sous la présidence de M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

La leçon, fréquemment interrompue par des bravos répétés, a pris fin à dix heures, et, au moment où il s'est retiré, M. le professeur Verneuil a été de nouveau l'objet des plus vives acclamations.

La vingt-deuxième session de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra en 1893, à Besançon, sous la présidence de M. le professeur Bouchard.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Wilkie, un de nos confrères américains établi depuis longtemps à Paris ; il avait été pendant longtemps l'associé de M. Parmly. Il était âgé de cinquante-deux ans.

LE RABATTAGE PAR LA DICOTOMIE

On nous communique la circulaire éhontée suivante :

INSTITUT DENTAIRE AMÉRICAIN — Le 3 juin 1892.
Rue.....
(Madeleine) PARIS

Monsieur,

Nous avons dans votre ville un certain nombre de clients qui nous envoient des dentiers à réparer et nous questionnent sur les soins à donner à la bouche. Comme ceci nous entraîne à une certaine correspondance avec des gens parfois peu au courant des affaires, nous venons vous demander s'il ne nous serait pas possible de nous représenter.

Nous le ferions savoir par annonces ou affiches et sur chaque affaire menée à bonne fin par votre intermédiaire, nous vous allouerions une commission libérale.

Vous devez savoir que dans l'art dentaire les bénéfices sont assez considérables, surtout quand on fabrique tout ce qui s'y rattache, comme nous le faisons. Vous n'auriez qu'à nous envoyer les dentiers à réparer, à répondre quant aux prix de condition, ou nous envoyer les personnes réclamant nos soins.

Nous vous adressons une petite brochure explicative par ce même courrier.

Sur toute commande supérieure à 100 francs, nous faisons une réduction équivalente au coût du voyage à Paris, s'il doit avoir lieu.

Tout à votre service pour de plus amples détails, agréez, monsieur, nos sincères salutations.

D^r M.

CORRESPONDANCE

Je lis dans la *Revue Internationale d'Odontologie* à laquelle je suis abonnée, page 144, *un nouveau moyen pour obturer les ampoules de chlorure d'éthyle*; je me permettrai à ce sujet de mentionner un petit moyen très simple et dont je fais usage journellement, qui consiste à ramollir une petite boulette de cire rose ou jaune dont se servent les dentistes, et d'y enfoncer l'extrémité effilée du tube, après avoir préalablement bien séché celle-ci.

On peut de cette manière n'employer que la quantité voulue pour chaque opération en enlevant la boulette de cire et chauffant légèrement l'extrémité effilée ; celle-ci se débouche aussitôt.

B. Quillet,
Médecin-Dentiste D. E. D. G.

AVIS

Par décision du Conseil de Direction de la *Revue Internationale d'Odontologie* les élèves de l'École dentaire de Paris et de l'Ecole dentaire de France pourront recevoir la *Revue* pendant la durée de leurs études au prix réduit de 6 francs par an.

Le gérant : P. Dubois.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A MAJESTÉ.

BIBLIOGRAPHIE ODONTOLOGIQUE

BLOCMAN. — *Rapport des Travaux de la 1re section du Congrès*
Historique de la Société d'odontologie.

P. DUBOIS. — *Rapport présenté au Cercle des dentistes*, au nom de la commission chargée d'examiner le projet de la Faculté de médecine sur la réglementation de l'exercice de l'Art dentaire. (*Odontologie*, 1882.)

Lois sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des députés.

Rapport présenté au nom de la Commission de l'Association générale des dentistes de France, chargée d'examiner les projets sur l'exercice de la médecine, soumis à la Chambre des députés (Chez Lecrosnier et Babé 1890).

De la constriction permanente des mâchoires (*Odontologie*, 1885).

L'Art dentaire aux Etats-Unis (Berthier, et *Odontologie* 1887-1888.)

Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste. Première partie. Thérapeutique de la carie dentaire, 2e édition. (Lecrosnier 1889.)

P. DUBOIS, AUBEAU et THOMAS. — *Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste*, 1re édition (Lecrosnier, 1885).

CH. GODON. — *La réforme de l'art dentaire*: Projet de fondation à Paris d'une Ecole professionnelle libre de chirurgie et de prothèse dentaires (*Bulletin du Cercle des dentistes de Paris.* — No 5. — Janvier 1880).......... 1,50

Le Cercle des dentistes de Paris et la Société syndicale de l'art dentaire. Réponse au Dr Stoess (*Bulletin du Cercle des dentistes.* — No 8. — Août 1882).

Discours comme président du Cercle des dentistes de Paris (*Bulletin du Cercle des dentistes*, février 1881 ; *Odontologie*, juin 1881 et mars 1882).

Rapports annuels de l'Association générale des Dentistes de France et de la Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris, de 1880-81-82-83-84-85-86 87-88-89-90 (*Bulletins du Cercle des dentistes et Odontologie.* 1879-1891).

La Réforme de l'Art dentaire: Etude des projets de réforme en Belgique (*Odontologie*, numéro d'octobre 1886.).................................. 1,50

Les Services dentaires gratuits en France (*Odontologie*, numéro de février 1887.).. 1,50

L'enseignement de l'Art dentaire : Programmes, procédés et méthodes d'enseignement. *Odontologie*, numéros d'août et de septembre 1887. Communication au Congrès médical international de Washington................ 1,50

Reconstitution de l'identité des cadavres par l'examen du système dentaire. (*Odontologie*, juin 1887).

L'Antisepsie du matériel opératoire en chirurgie dentaire : (*Odontologie*, décembre 1889).

L'enseignement de l'Art dentaire : Communication au Congrès dentaire international de Paris, 1889. (Voir comptes rendus 1891)................. 1,50

La situation légale de l'Art dentaire devant la Chambre des députés. (*Bulletin médical et Odontologie*, 1890).. 1,50

L'Ecole dentaire de Paris et son ancien directeur : Réponse au Dr Th. David. — Paris, 1890.

L'exercice de la profession de dentiste doit-il rester libre en France ? Analyse critique de certains points de la loi sur l'exercice de la médecine. 84 p. Paris, 1891.. 1,50

L'organisation de la profession de dentiste en France. Lettre à M. Monod directeur de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur, 48 p. Paris 1892. 1,50

R. HEIDÉ. — *Un exposé comparatif du traitement des divisions de la voûte palatine.*

L'aurification par la rotation. (Méthode Herbst) chez Lecrosnier et Babé.

La reconstitution des dents découronnées. Chez Lecrosnier et Babé.

E. PAPOT. — *De la prise de l'articulation dans les cas d'absence totale des dents* (*Revue dentaire*, 15 mars 1886).

De l'extraction des dents : Ses indications et contre-indications. Chez Lecrosnier et Babé, 16 p.

Compte rendu générale des travaux de la Société d'Odontologie, année 1890. — *Réponse au rapport sur la gestion financière de l'Ecole depuis sa fondation.* Châteauroux, in-4o 6. p.

RICHARD CHAUVIN. — *Communication sur la construction d'un appareil de prothèse bucco-facial* (*Bulletin du Cercle des dentistes* octobre 1879.)

Communication sur l'obturation des dents par des fragments d'émail (*Odontologie*, février 1886).

Communication sur l'or mou comme matière obturatrice (*Odontologie*, juill. 1886.)

Note sur les injections sous-gingivales de cocaïne et les propriétés de cet agent pour calmer les douleurs de la périostite et de la pulpite aiguës (*Odontologie*, mars 1887).

Hygiène de la bouche (*Odontologie*, décembre 1888).

Scellement des tubes pour les dents à pivot (*Odontologie*, avril 1888).

Travaux comparatifs sur la cocaïne synthétique et sur le chlorhydrate de cocaïne dans les opérations dentaires (*Congrès dentaire international*, 1889).

L. RICHARD-CHAUVIN ET ED. PAPOT. — *Anatomie normale des grosses molaires inférieures envisagées au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique* (*Odontologie*, octobre 1886).

La gingivite, essai de classification, thérapeutique rationnelle, conséquences pathologiques : Communication au congrès dentaire internationale, chez Lecrosnier et Babé, 32 p.

VOL. 1. DÉCEMBRE 1892 N° 6

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ELECTROTHÉRAPIE DANS L'ART DENTAIRE

Par J. FOULON

SON APPLICATION

1° A la thermo-caustie, canaux, épulis, gingivites, fistules, hémorragies.
2° A l'éclairage buccal, diagnostic, empyème du sinus, pulpite, etc., etc.
3° Au traitement { 1° des caries du 4e degré. 2° des périostites. 3° des kystes pyogènes.
4° A l'exérèse dentaire, cataphorèse médicamenteuse, anesthésie locale.
5° Aux accidents post-opératoires : Syncope, hystérie, épilepsie, catalepsie, léthargie.
6° A la cure des névralgies réflexes d'origine dentaire.

Prologue. — Frappé des résultats obtenus en médecine et chirurgie par l'électrothérapie, je me suis demandé si l'Art dentaire, lui aussi, n'avait pas à entrer en cette voie et si les résultats qu'on était en droit d'espérer ne justifieraient pas les quelques études complémentaires que tout praticien, soucieux d'être dans le mouvement, serait par là même forcé de s'imposer.

Qu'on se rassure : ces études ne sont ni longues, ni difficiles et pour qu'on ait l'intelligence du côté didactique de l'électricité, il est facile par le raisonnement et en se basant sur les travaux des médecins électrothérapeutes comme : Duchesne de Boulogne, Onimus, Legros, Redard, Heins, Gariel, Bardet, Boudet, Tripier, Brivois, Foveau de Courmelles, Vacher, Le Fort, Baratoux, Francon et tant d'autres dont le nom m'échappe, il est facile, dis-je, d'en déduire une technique logique et pratique tout à la fois.

I

APERÇUS RÉTROSPECTIFS

Je ne ferai que mentionner en passant l'application des courants d'induction intra et extra à l'extraction des dents et l'application des piles à grand débit à la cautérisation, à l'éclairage de la cavité buccale pour parfaire un diagnostic.

II

Pour ce qui est des courants induits ou inducteurs appliqués à l'exérèse dentaire, cette manière de faire a à peine vu le jour : elle est morte en naissant ; le mode opératoire consistant à masquer la douloureuse sensation d'une exérèse par celle non moins désagréable du courant induit ou de l'extra courant si bien gradué soit-il. Je n'en parle donc que pour mémoire.

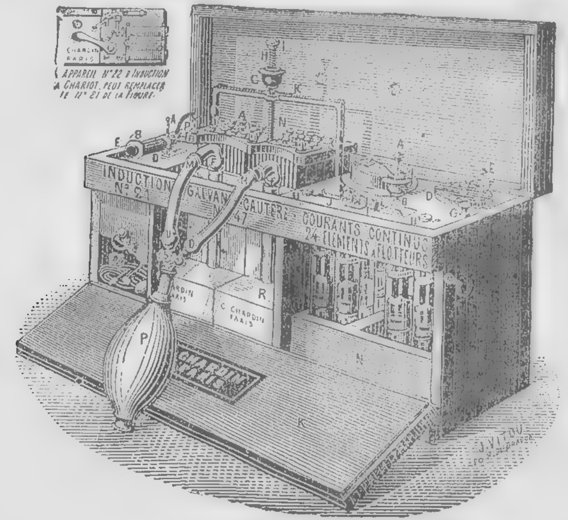


Fig. 1. — Pile Chardin.

III

ÉCLAIRAGE ET THERMO-CAUSTIE

Quant à l'application du courant des piles à grand débit à la thermo-caustie et à l'éclairage de la cavité buccale au moyen d'une lampe à incandescence je n'ai rien à dire concernant celui-ci et peu à faire connaître touchant celle-là.

Je renverrai ceux qui, non initiés à la chose, voudraient devenir les adeptes de l'électrothérapie aux ouvrages si autorisés de feu M. Brasseur.

Quoique nombre de piles puissent être mises à contribution, nous employons de préférence celle de Chardin que reproduit la figure ci-contre.

J'ajouterai touchant la thermo-caustie que vu l'indifférence voulue ou de hasard des inventeurs aucun cautère n'a été jusqu'ici construit pour cautériser les canaux dentaires [1].

Ceux construits pour l'art dentaire ne se peuvent appliquer qu'au traitement des gingivites, à l'ablation des épulis, comme à la cautérisation extérieure des fistules gingivales ou cutanées.

Tous nous connaissons l'insuffisance des cautères actuels y compris le Paquelin et ses succédanés lorsqu'il s'agit de cautériser véritablement et sérieusement les canaux radiculaires.

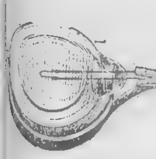




Fig. 2. — Lampe à incandescence pouvant être montée sur le manche à pans (fig. 3).

La ténuité du diamètre du canal dentaire ne permet pas d'utiliser les cautères les plus petits actuellement en vente chez les constructeurs et par là même empêche de tirer tout le parti possible et utile des commodités réelles présentées par la galvano-caustie thermique.

Tous les cautères ayant leur anse de platine trop large et étant d'un numéro trop élevé j'ai adapté au manche interrupteur de Chardin une de ses rallonges et c'est dans les embouts à viroles filetées de cette rallonge que je fixe une anse de fil de platine de longueur et de diamètre appropriés.

Il est bien entendu que, pour cela, l'entrée du canal doit être rendue de facile accès et le canal lui-même élargi avec une fraise et un drille rigide ou flexible selon le cas ; et, à moins d'absolue impossibilité, la sinuosité du canal n'est pas plus un obstacle à la pénétration de l'anse galvanique qu'à celle d'un tire-nerf de fort diamètre.

1. C'est là une erreur. Notre collaborateur M. Godon a fait construire par MM. Contenau et Godart une série de cautères à canaux qui ont été présentés à la Société d'Odontologie. N. D. L. R.

Comme l'anse de platine est d'une grande ténuité il est bon de l'éprouver avant de s'en servir et de voir comment elle se

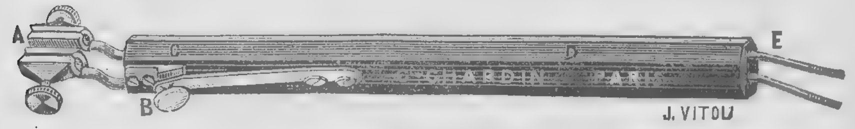


Fig. 3. — Manche à pans.

comportera lors du passage du courant afin de ne pas s'exposer à la fondre sur place ce qui, soit dit en passant, n'aurait aucun

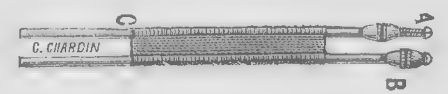


Fig. 4. — Porte cautère rallonge.

résultat fâcheux, le galvano-caustique-thermique étant de toutes les cautérisations la plus antiseptique et cela pour des raisons que chacun connaît.



Fig. 5. — Cordons conducteurs.

Pour ce faire, après avoir armé le manche interrupteur d'une rallonge et celle-ci de l'anse en platine, et avoir préalablement mis la pile à circulation à grand débit dans la position d'attente et en avoir relevé le zinc, on enclanche la poucette d'arrêt pour fermer le circuit, puis, au moyen de la vis de rappel, on fait descendre graduellement le zinc dans le liquide excitateur jusqu'à ce que l'anse de platine soit portée au rouge cerise ce qui est la chaleur suffisante en l'espèce, puis on déclanche le commutateur du manche.

Mais comme nous aurons à opérer dans un milieu autre que l'air, toujours quelque peu humide (ne serait-ce que la matière organique); il est bon de faire descendre encore le zinc de deux filets de la vis d'ascension de façon à obtenir une tempé-

rature qui, tout en étant momentanément plus élevée que de raison, sera, une fois le cautère introduit dans le canal, réduit au degré utile de causticité.

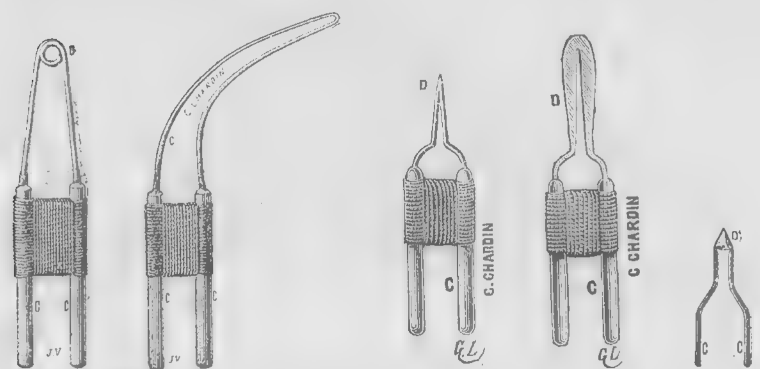


Fig. 6. — Différentes formes de galvano cautères pouvant servir pour les applications décrites.

IV

EMPLOI DES COURANTS GALVANIQUES

Mais le côté vraiment original de l'électrothérapie appliquée à l'art dentaire est celui de l'emploi des courants stabiles au traitement des dents affectées de caries de 4e degré ayant :

a) la pulpe en décomposition ;

b) la racine affectée d'une périostite pour une cause quelconque ;

c) l'apex de la racine affectée d'un kyste pyogène.

Je crois ici utile de rappeler quelques principes dus à l'expérimentation des physiciens et des thérapeutes spécialistes, à savoir que dans toute solution :

1° Les corps acides se portent au pôle positif ;

2° Les corps alcalins se portent au pôle négatif ;

3° Une aiguille positive enfoncée dans un tissu y produit une eschare dure, sclérosée, rétractile, résorbable et un liquide acide qui y détermine une cautérisation de même nature ;

4° Une aiguille négative enfoncée dans ce même tissu y produit une eschare molle de réaction alcaline qui y détermine une cautérisation de même nature avec tendance à la suppuration.

Le médecin met en action tantôt le 3e mode tantôt le 4e, d'au-

tres fois encore il combine l'action des deux et cela selon le résultat à obtenir.

Il s'agit donc de connaître en présence de quels cas peut se trouver le dentiste.

Supposons une dent affectée d'un kyste pyogène.

Que fait la technique ordinaire et classique?

Après avoir bien nettoyé le canal le dentiste tout en ayant utilisé pour ce travail de patience et cependant utile et indispensable 15, 20, 30 mèches, s'aperçoit que, malgré tous ses soins et la médication antiseptique, la dent est toujours plus ou moins chancelante, que le canal fournit toujours de l'ichor ; et qu'elle est sensible au toucher quand même ; il diagnostique un kyste pyogène à l'apex de la racine et ne se trompe pas 90 fois au moins sur 100.

Comment donc tarir cette collection purulente? Les révulsifs et abortifs se présentent de suite à l'esprit et en les combinant avec les analgésiques on obtient souvent un soulagement de plus ou moins longue durée ; mais il faut des soins assidus, longs, méticuleux que peu de clients se résolvent à subir.

Ce traitement abortif, révulsif et antiphlogistique ne donne souvent, hélas, que d'amères déceptions ou des illusions non moins décevantes, car elles tombent bientôt malgré les symptômes d'une apparente guérison ; alors, après plusieurs récidives, elle n'est plus justiciable que de l'exérèse sans aucun espoir de réussite à attendre d'une réimplantation.

La seule chance qui puisse rester au dentiste en l'état actuel de l'art c'est de pratiquer la trépanation de la paroi alvéolaire à l'endroit le plus propice, de faire des pansements antiseptiques ou mieux de cautériser au feu (Paquelin, Paulme ou *Electricité*) la fistule artificielle ainsi pratiquée, et il est juste de dire que dans le cas de malformation des canaux en eux-mêmes ou à cause des convergences curvo-convexes des racines, notamment aux bicuspides du maxillaire supérieur, ce traitement barbare et *in-extremis* est, peut-être, seul de mise.

Combien pensez-vous trouver en ce cas de clients assez pusillanimes pour vous laisser les martyriser ainsi quelle que soit votre légèreté de main et votre dextérité ?

Il est donc avéré que dans les 90/100 des cas une dent ayant à son apex un kyste pyogène est une dent considérée comme intraitable : elle est donc perdue. Eh bien non elle n'est pas perdue, et, ayant à sa disposition des courants continus, le dentiste ne devra s'avouer vaincu que s'il échoue avec le traitement par les courants stabiles dont nous donnons la technique ci-dessous.

V

TRAITEMENT DES KYSTES PYOGÈNES A L'APEX DES RACINES

Etant données d'une part les lois physiques qui régissent les courants, leur action physiologique, leur action chimique et l'action sélective que ceux-ci exercent dans les tissus sains selon qu'on fait agir séparément l'un ou l'autre pôle ou les deux à la fois au même lieu d'élection avec ou sans pôle perdu, les spécialistes ont été logiquement amenés à s'occuper de l'action électrolytique du courant continu dans les produits pathologiques, morbides et infectieux du corps humain.

Il s'est trouvé que là encore les courants stabiles ont une action sélective analogue à celle constatée sur les tissus sains ; mais avec cette différence en plus c'est qu'il y a une élection faite par le courant et que celui-ci agira d'une façon toute spéciale sur les tissus pathologiques et autres produits morbides de nature plus ou moins mauvaise à tissus normaux ou non, à marche plus ou moins rapide et cela tout en respectant les tissus sains adjacents.

Frappé des résultats obtenus par les spécialistes, nous nous sommes demandé si l'électrolyse, appliquée au cas qui nous occupe, ne pourrait pas, le cas échéant, nous rendre les mêmes services et par conséquent réduire le tant pour cent des cas désespérés à un chiffre plus faible encore.

VI

Après avoir pris nos précautions et dispositifs pour expérimenter dans les meilleures conditions possibles, nous avons profité de la première dent kystique qui s'est présentée à notre clinique et voici ce que nous avons obtenu.

Après avoir mis sur une plaque de verre un petit dé de chair de cheval et y avoir préalablement fait une cavité de grandeur voulue, nous avons introduit dans celle-ci la dent et son kyste pyogène, puis nous avons mis en action les pôles de la pile au bisulfate de mercure comme suit :

Le pôle négatif piqué dans le dé de chair et le pôle positif, dans le canal dentaire en poussant notre électrode le plus loin possible de façon à ce que sa pointe dépasse le foramen de l'apex et vienne poindre dans le kyste ou tout au moins dans le pédicule du kyste. Avant d'aller plus loin je dois dire que l'électrode positive doit être en platine et flexible ; les constructeurs électriciens n'ayant jusqu'ici livré au commerce que des

aiguilles rigides et cela parce que jusqu'à ce jour on n'avait besoin que d'aiguilles semblables, j'ai fait mon électrode positive avec une sonde en platine iridié de Contenau et Godard, un de nos fournisseurs, et cela m'a donné pleine satisfaction. Il est certain que du jour où l'on aura manifesté le besoin d'électrodes fines et flexibles en platine même genre et calibre que nos tire-nerfs non barbelés, nos fournisseurs nous feront cela très bien.

VII

Toutes précautions prises nous avons fait passer un courant de 10 milli-ampères et au bout de cinq minutes nous avons constaté que nous avions un résultat favorable.

Nous avons trouvé la poche kystique transformé en un nodule sclérosé et dans le canal un liquide incolore facilement tarissable par les moyens connus.

VIII

Nous avons appliqué cette méthode à plusieurs de nos clients et jusqu'ici nous n'avons eu qu'à nous en louer pleinement.

Il est bien entendu que vu la proximité de l'encéphale et pour éviter les phosphènes et les commotions le courant doit être bien continu, sans interruption aucune.

Quant à l'intensité du courant on doit rarement dépasser deux éléments au bisulfate de mercure de Chardin ; le corps humain étant assez bon conducteur à cet endroit le galvanomètre d'intensité marquera selon les sujets de 1 1/2 à 2 milli-ampères ce chiffre ne doit pas être dépassé.

Il y aura donc lieu de racheter la faiblesse du courant par sa plus longue durée et la plus grande fréquence de son application.

IX

MANUEL OPÉRATOIRE

1° Choix du courant : continu ;

2° Pôle + dans le canal de la dent au moyen d'une sonde en platine très fine ;

3° Pôle — en pôle perdu dans la main au moyen d'une poignée en charbon de Chardin mouillée d'eau salée ;

4° Intensité : à 1 1/2 ou 2 milli-ampères ;

5° Durée de l'application : 10 minutes ;

6° Fréquence : tous les deux jours, jusqu'à épuisement de la partie liquide du kyste ;

7° Opportunité dans l'application du courant : à jeun ou trois heures après le dernier repas ;

8° Qualité du courant : bien continu et sans renversement ;

9° Précautions à prendre dans l'application du courant : vernir ou passer une solution éthérée résineuse sur la portion de l'électrode positive qui dépasse la dent ;

10° Soins consécutifs : nettoyer le canal selon les règles de l'art et y introduire une mèche antiseptique (médicament au choix du praticien) ;

11° Résultats : le plus souvent parfait et sans rechute aucune.

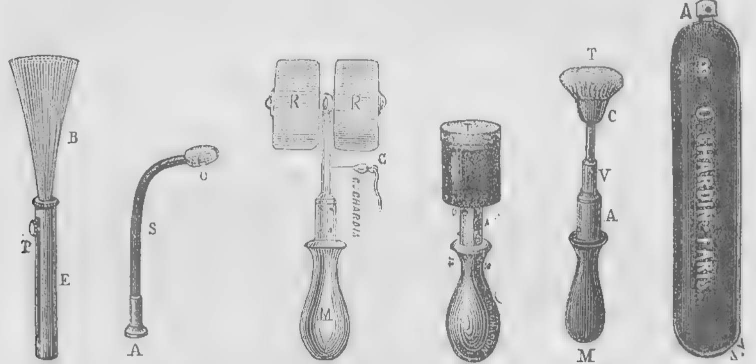


Fig. 7. — Electrophores. Le dernier sert pour placer en pôle perdu dans la main.

X

La partie sclérosée du kyste comme aussi une portion de celle liquide étant résorbée dans l'économie nous avons institué parallèlement un traitement adjuvant qui ne peut qu'avoir une influence bienfaisante sur toute celle-ci.

Comme dérivatif sur les intestins de légers laxatifs.

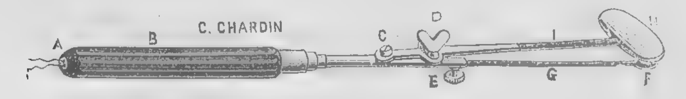


Fig. 8. — Excitateur local pour gencives.

XI

ANESTHÉSIE LOCALE. — CATAPHORÈSE

Je ne reviendrai pas ici sur ce que j'ai dit, au paragraphe II,

de l'emploi des courants faradiques comme moyen d'anesthésie dentaire propre à favoriser l'exérèse sans douleur ; il n'a jamais donné de bons résultats.

Néanmoins l'électricité nous peut venir en aide d'une façon véritablement utile pour l'anesthésie locale en chirurgie dentaire.

Mais il ne s'agit plus de faradisme mais bien des courants galvaniques et stabiles.

Le courant continu ne joue pas le rôle principal dans le cas qui nous occupe, mais bien celui d'adjuvant utile, prompt et puissant.

L'anesthésique proprement dit est la cocaïne pure et non pas un sel de cocaïne : toute personne quelque peu versée dans l'action des courants sur les composés binaires ou ternaires comprendra pourquoi.

Il s'agit donc d'un nouveau mode d'utilisation des propriétés anesthésiques de la cocaïne.

Je n'ai rien à dire des dangers que font courir les injections intra-gingivales faites avec la cocaïne ou l'un de ses sels, chlorhydrate ou benzoate quel que soit le véhicule : eau distillée, eau de laurier cerise, beurre de cacao ou vaseline liquide : il a été traité de cette question par des personnes de première compétence.

Chacun sait qu'il est prudent de n'administrer en injection gingivale qu'une dose de 0 gr. 035 et que 0 gr. 05 sont un maximum qu'il ne faut à aucun prix dépasser sous peine d'encourir les plus fâcheuses complications.

Etant donné les récents travaux du Dr Foveau de Courmelles et l'application heureuse qu'il a faite de la faculté de transport des substances médicamenteuses par les courants galvaniques au traitement de diverses affections, il était logique de voir s'il n'y avait rien à tenter pour l'art dentaire en cette voie.

Bien que la cocaïne en injection soit un alcaloïde qu'on ne soit pas encore parvenu à doser d'une façon rationnelle quant au poids à introduire dans l'économie et pour un même cas, la même quantité produisant des effets différents d'intensité et de gravité avec la diversité des sujets et de la prédisposition momentanée d'une même personne, nous connaissons un docteur qui, au moyen de la cataphorèse, ad ministre des doses de cocaïne qui feraient bondir le plus hardinpraticien et cela sans aucun accident ultérieur.

Pour cela il utilise une solution aqueuse de cocaïne au 1/10. Il en imbibe à saturation de l'ouate hydrophile qu'il place dans un électrophore en forme de ventouse et il applique le tout au

lieu d'élection. Le pôle positif est attelé à cette ventouse et le négatif placé en pôle perdu là où il le juge à propos. C'est ainsi qu'il jugule et guérit des névralgies rebelles d'origines diverses.

XII

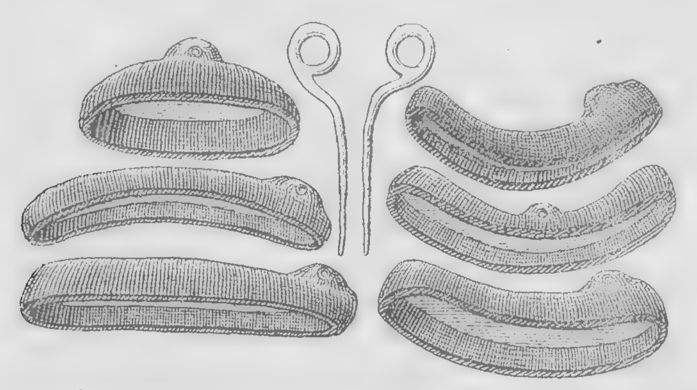
Frappé des résultats que l'application du procédé Foveau de Courmelles donnait à son auteur ; j'ai songé à l'utiliser moi-même et à employer la cocaïne, notre anesthésique local par excellence, par le procédé cataphorétique.

La pénétration de la cocaïne dans les tissus se fait d'une toute autre façon que par l'injection, elle est transportée par le courant électrique et agit d'une manière toute spéciale sans entraîner les accidents qui, malheureusement ne sont que relativement trop fréquents dans le mode ordinaire d'administration de cet alcaloïde.

J'emploie la solution à 10 0/0 à chaud.

XIII

Comme le manuel opératoire n'est pas entré dans la pratique courante je n'ai donc trouvé aucune électrode qui puisse convenir au cas spécial qui nous occupe et aboutir aux fins proposées.



ig. 9. — Électrodes foulon devant recevoir le *fiber-lint* imbibé de cocaïne.

J'ai donc construit moi-même mes électrodes.

Pour cela j'ai pris une feuille d'argent que j'ai martelée et emboutie j'ai découpé dedans sur patrons pris d'après les plâtres de mon atelier un certain nombre de petites feuilles que j'ai courbées et arrondies de diverses façons selon la position

qu'elles auront à occuper à la partie antérieure ou postérieure de l'un ou l'autre maxillaire.

Puis j'ai coulé à l'endroit voulu une grosse goutte d'étain destinée à recevoir les fils conducteurs de la pile au moyen de trous forés.

Du côté opposé à celui devant reposer sur la gencive, j'ai appliqué une feuille de cire recouvrant également le grain de soudure puis, tout autour de mon électrode ainsi protégée d'un côté j'ai élevé avec de la cire, sur le côté opposé, un léger rebord de 0 m. 002 de haut à arêtes vives intérieurement et à chanfrein chantourné extérieurement.

J'ai mis le tout en mouffle, j'ai perdu la cire, bourré à la vulcanite noire, puis, paré et poli.

J'ai donc en ma possession un certain nombre d'électrodes *ad hoc* dont les grains de soudure protégés de vulcanite sont perforés pour recevoir les pitons des cathodes.

Donc d'un côté et sur tout leur pourtour mes plaques d'argent sont isolées et de l'autre elles offrent en retraite une surface bien décapée.

Je remplace l'ouate par plusieurs épaisseurs de fiber-lint que je sature de la solution cocaïnée et le tout étant introduit dans deux électrodes, une pour la partie interne, l'autre pour la partie externe de la gencive, ces deux électrodes sont placées au lieu d'élection et attelées au moyen d'un fil à deux chefs au pôle positif de la pile, le pôle négatif est mis en pôle perdu dans la main droite du sujet. Le sujet tient lui-même avec sa main gauche l'électrode positive antérieure, l'autre tenant seule par la seule pression des lèvres sur celle-ci.

Il n'y a pas d'eschare à craindre : 1° parce que les catodes sont protégés par la vulcanite, corps essentiellement mauvais conducteur de l'électricité ; 2° à cause du peu d'intensité du courant.

Tout étant mis en place l'ampère-mètre et le collecteur ramenés à zéro, j'introduis une à une et doucement chaque pile dans le circuit en manœuvrant la manette du collecteur et tout en suivant des yeux l'aiguille du galvanomètre, j'interroge mon client sur la sensation éprouvée par lui : *Celle-ci doit-être bien sentie mais ne jamais être douloureuse ni même désagréable*, à plus forte raison ne jamais amener de troubles visuels, auditifs ou autres.

Ceci est d'autant plus facile à éviter que le praticien est, au moyen de son collecteur, absolument maître du courant.

La durée de l'application est de 10 minutes.

Puis *lentement on ramène le collecteur à zéro*, on ôte les électrodes et on opère.

XIV

MANUEL OPÉRATOIRE

1° Choix du courant : continu ;
2° Pôle + : en deux catodes sur la gencive intra et extra ;
3° Pôle — : en pôle perdu dans la main droite ;
4° Intensité : 1 à 1 1/2 ou 2 milli-ampères selon la sensibilité du sujet ;
5° Durée de l'application : dix minutes ;
6° Opportunité de l'application du courant : autant que possible à jeun ;
7° Qualité du courant : bien continu ;
8° Précautions à prendre dans l'application du courant : vernir les pitons de contact en y passant une solution éthérée résineuse.

Il est bon d'avoir toujours près de soi dans les exérèses avec anesthésie locale ou générale un révulsif énergique en cas de syncope, de crise nerveuse ou hystérique.

Nous donnons plus loin le manuel opératoire de la révulsion au moyen des courants faradiques.

XV

NÉVRALGIES RÉFLEXES D'ORIGINE DENTAIRE

Enfin il arrive souvent qu'après l'exérèse d'une dent ayant présenté une difficulté opératoire, ou ayant suppuré antérieurement ou affectée soit d'une périostite suraiguë soit d'une pulpite de même nature depuis un certain temps, le patient accuse postérieurement à l'extraction de sa dent de violentes névralgies dentaires.

L'électricité, sans le secours d'aucun autre médicament, nous offre encore un puissant moyen d'action pour, non seulement calmer, mais juguler promptement et efficacement les névralgies réflexes d'origine dentaire.

Je cite encore Chardin.

MANUEL OPÉRATOIRE

En cas de névralgie dentaire.
1° Courant : induction ;
2° Pôle + : dans la main ;
3° Pôle — : dans la région, extérieurement, avec un tampon sur les gencives au moyen d'un excitateur olivaire ;
4° Intensité : moyenne. — Cependant on a vu des cas où le sujet se trouvait bien d'un courant très-énergique, paraissant

occasionner une douleur plus vive que celle de l'affection même ;

5° Durée : 5 à 10 minutes ;

6° Fréquence des applications ;

7° Opportunité du traitement ;

8° Qualité du courant ;

9° Résultats : presque toujours excellents ;

10° Précautions spéciales après l'application du courant.

ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES. — RÉVULSION

Comme corollaire et à titre de renseignements complémentaires j'emprunte au *Précis d'Electricité Médicale*, de Chardin, la technique électrique en cas de syncope d'attaques hystériques ou épileptiques ou encore de catalepsie ou de léthargie.

MANUEL OPÉRATOIRE

I. Pour la *syncope*.

1° Courants : induit et galvano-caustie ;

a) Induction : sur la région précordiale dans le cas de syncope prolongée ;

2° Intensité : faible ;

3° Durée : jusqu'à réussite ;

4° Révulsion : par la galvano-caustie-thermique à la pointe du cœur.

II. En cas d'attaque *hystérique*.

1° Courants : continus ;

2° Pôle + sur le front ;

3° Pôle — promené sur la colonne vertébrale, le ventre, le pubis ;

4° Intensité : 8 à 15 milli-ampères ;

5° Durée : 10 minutes ;

6° Fréquence d'application : d'après les crises et l'opinion du docteur assistant en cas d'anesthésie générale ;

7° Qualité du courant : continu ;

8° Opportunité de l'application : au moment de la crise et pendant la crise ;

9° Résultat : cessation des crises souvent, amélioration toujours, guérison souvent avec le temps ;

III. En cas d'attaque *épileptique* ;

1° Courants : continus ;

2° Pôle + : à la nuque ;

3° Pôle — : au front et dans toute la région avoisinante du bulbe ;

4° Intensité : 10 milli-ampères ;
5° Durée : 5 minutes ;
6° Fréquence d'application : 10 minutes d'intervalle après la crise et si l'on désirait (ce qui est l'affaire du médecin) la guérison, tous les jours ;
7° Opportunité du traitement : pendant ou après la crise ;
8° Qualité du courant : bien continu ;
9° Résultats : peu intéressants ; on cite cependant des améliorations ;
10° Précautions spéciales après l'application du courant : ordinaires.

IV. En cas de *catalepsie* ou de *léthargie*.
1° Courants : continus ;
a) { 2° Pôle + : sur la moelle ;
3° Pôle — sur les muscles.
ou bien :
b) { 2° *bis*. Pôle + sur le pneuno-gastrique ;
3° *bis* Pôle — sur les vertèbres cervicales ;
4° Intensité : 5 à 15 mille-ampères ;
5° Durée : 30 à 60 secondes pour les applications *a*, et limitée au résultat pour les applications *b* ;
6° Qualité du courant : bien continu ;
7° Fréquence : si l'on veut guérison (ceci regarde le médecin) tous les jours ;
8° Résultats : amélioration très marquée, souvent guérison.

N. B : Les courants d'induction peuvent être substitués aux courants coutinus. Les applications sont les mêmes, le courant sera fort mais toutefois *limité* à la sensibilité du malade.

Je livre mon travail à la critique et surtout à l'expérimentation, celle-là ne valant quelque chose que par les données fournies par celle-ci, rien n'étant brutal comme un fait appuyé et et corroboré par un résultat.

DU TARTRE

Par M. P. Dubois

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris

(Extrait de l'*Aide-Mémoire du chirurgien dentiste*, 2e partie.)

DÉFINITION

Dépôt pierreux précipité de la salive et s'amassant au collet des dents, de préférence dans certaines régions : 1° sur la face

linguale de la mâchoire inférieure ; 2° sur la face labiale antérieure ; 3° du côté externe des grosses molaires supérieures ; 4° sur les dents qui ne participent pas à la mastication. Il est rare qu'il manque absolument sur le premier point, tandis que sur les autres il est souvent absent, quant il existe il s'observe en quantité variable et toujours avec moins d'abondance qu'à la face linguale des incisives et des canines inférieures.

FORME. COMPOSITION

Le tartre est ordinairement blanc-jaunâtre, mais il peut revêtir d'autres colorations : il peut être brun foncé, quand il est ancien, noir chez les fumeurs et revêt assez souvent chez les enfants une teinte verte qui serait due à la présence de la chlorophille. L'emploi professionnel de certains métaux, plomb, cuivre, etc., lui donne une coloration pathognomonique spéciale : bleu, gris verdâtre.

Le tartre de formation récente est de consistance molle et peu adhérent, il s'écrase facilement sous l'instrument qui sert à l'enlever ; au contraire celui qui est de formation ancienne est dur, compact et adhère assez fortement aux dents, tout en se détachant par écailles. Il n'altère ni l'émail ni la dentine. Il est de couleur et de consistance différente dans ses diverses couches ; une coupe pratiquée selon l'épaisseur montre que la face adhérente aux dents est beaucoup plus foncée et même noire dans certains cas, tandis que la portion externe a une couleur plus claire.

Cassé, il montre une texture grenue, poreuse.

Laissant voir à la loupe de petites facettes brillantes, sa surface libre examinée ainsi, est chargée de très petits mamelons arrondis, atteignant au plus une épaisseur d'un dixième de millimètre, disposés presque par couches, interrompues d'espace en espace.

Réduit en poudre et vu sous le microscope, il montre surtout des corpuscules irréguliers, réfractant assez fortement la lumière, et une certaine quantité de globules sphéroïdaux à surface mamelonnée, grenus ou homogènes à l'intérieur. Quelques-uns, en très petit nombre, sont pourvus de lignes ou stries pâles, irradiées à partir de leur centre, mais toujours difficilement apercevables.

On y rencontre un certain nombre de fragments de cristaux lamelleux, soit isolés, soit encore imbriqués, analogues à ceux qui forment des groupes fasciculés dans la salive parotidienne abandonnée à l'air... Il est des sujets chez lesquels ces fragments nettement cristallins non grenus à leur intérieur comme les autres, sont assez nombreux.

. . . .

Outre ces grains et ces amas calcaires, cristallins ou non, agglutinés ensemble, le microscope montre des touffes de *Leptothrix buccalis*, et de la matière amorphe finement grenue..... Souvent ces touffes sont adhérentes à la surface des grains calcaires dont je viens de parler ; les fila

ments végétaux sont tantôt longs de 4 à 5 centièmes de millimètre seulement, tantôt deux à trois fois plus longs. (Robin. *Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme,* p. 513.)

La composition chimique est différente selon les individus, selon les différents âges de la vie, selon les régions de la bouche où on le recueille. Nous présentons sous forme de tableau comparatif les principales analyses connues.

SELS TERREUX	Berzelius	Vauquelin Laugier	Schehevetskey	STEVENSON région des incisives	STEVENSON région des molaires	VERGNE région des incisives	VERGNE région des molaires
Phosphate de chaux..	79	66	67.18	81.18	87.21	62.56	63.12
Carbonate de chaux...		9	8.13			8.12	8.10
Phosphate de magnésie			1.07	1.31	1.31		
Phosphate de fer.....						0.82	4.01
Fluorure de chaux....			1.55				
Silice						0.21	0.38
Sels alcalins..........						0.14	0.31
Totaux..........	79	75	77.93	82.49	78.52	71.85	75.92
MATIÈRES ORGANIQUES							
Eau..................		7					
Mucus insoluble dans l'eau, l'acide.........	12.50	13					
Matière organique soluble dans l'acide chlorhydrique.......	8.50	5					
Totaux..........	21	25	22.07	17.51	21.48	27.98	24.05

Les analyses de Stevenson et celle de Vergne montrent des différences notables entre le tartre collecté dans la région des incisives inférieures et celui des molaires supérieures, et leurs conclusions sont opposées. Pour Stevenson, la région des incisives est plus riche en sels terreux que celle des molaires ; pour Vergne, c'est le contraire ; de plus ce dernier a trouvé aux molaires supérieures une quantité assez considérable de phosphate de fer. Quoi qu'il en soit de ces différences secondaires, il résulte des recherches analytiques que le tartre contient de 72 à 80 parties de sels terreux, que le phosphate de chaux en est l'élément principal (65 ou à peu près), le carbonate de chaux représente 8 à 9 parties, et enfin, qu'il contient en très petites quantités des phosphates de magnésie, de fer, de la silice et des fluorures. La matière organique y entre pour un quart environ, celle qui est insoluble dans l'acide chlorhydrique y figure pour plus de moitié.

ÉTIOLOGIE

Le dépôt du tartre dépend en premier lieu de la composition chimique de la salive, puis des réactions des liquides buccaux, enfin de l'état plus ou moins rugueux des dents, de la facilité et de la fréquence de leur nettoyage, ainsi que de l'attrition des aliments.

Serres croyait que son dépôt était dû à l'existence de glandes tartariques ; mais elles n'ont jamais été rencontrées. Claude Bernard pensait qu'il résultait d'une sécrétion anormale du périoste alvéolaire dentaire. Or la membrane alvéolaire ne sécrète pas ; de plus, nous savons qu'il peut y avoir dépôt de tartre sur des personnes portant des dentiers complets.

Dumas admet qu'il existe dans la bouche deux espèces de salives, l'une acide, l'autre alcaline qui sursature la première ; l'étude de la composition chimique des salives ne montre pas de différences telles que cette action chimique puisse se produire.

Pour Magitot, le dépôt du tartre résulte « d'un simple dépôt » par précipitation des phosphates et carbonates terreux tenus » en dissolution dans la salive à la faveur de la matière orga- » nique, avec laquelle ils sont combinés ». (*Traité de la carie dentaire*, p. 84) ; c'est l'hypothèse la plus en accord avec les faits connus.

La constatation des micro-organismes dans la bouche et dans le tartre a donné à penser à quelques-uns qu'ils jouaient un rôle considérable dans la formation du tartre. Si leur rôle n'est pas contestable, la prépondérance des microbes n'est pas prouvée. Le dépôt de tartre dépend essentiellement de la composition chimique de la salive, liée elle-même à la composition chimique du sang et à l'état des autres émonctoires de l'économie, les causes externes ne sont qu'accessoires. Cela explique l'abondance du tartre dans certaines discrasies, surtout dans la diathèse goutteuse. Cette association pathologique avait frappé Hyppocrate.

« On observe chez les goutteux des tumeurs sous la langue, » serrées, fermes et peu grosses : elles contiennent des pier- » res. Ile ont leurs articulations faibles. Leurs os deviennent na- » turellement âpres, c'est la cause de tensions qui se font sentir » à leurs articulations. » (Hyppocrate. *Epidémies*, 2.)

Le dépôt exagéré de tartre est souvent un élément de diagnostic de goutte et de lithiase urinaire. L'inflammation gingivale détermine ou augmente la formation du tartre, cela se comprend par la diminution de l'attrition alimentaire ; il en est de

même de la non mastication sur quelques points. Le tartre engendre le tartre, et avec une formation assez lente au début sa production s'accélère et il s'accumule en quantités relativement considérables quand il n'est pas combattu.

Non seulement le manque absolu de soins contribue à sa formation, mais encore les soins mal entendus, tels que l'usage du linge, des brosses molles qui refoulent dans les interstices les débris alimentaires et buccaux.

Le tartre est presque toujours en proportion inverse de la carie ; non seulement la dent ne se carie pas à son contact, mais encore les caries préexistantes recouvertes par lui ne progressent pas.

Magitot donne comme explication que le dépôt du tartre dépend de l'alcalinité de la salive, tandis que les caries résultent de son acidité. Les observations de Gouas [1] infirment cette théorie en ce qui concerne le tartre. La salive mixte est presque toujours acide, même chez ceux où il est en grande quantité. Nos observations personnelles confirment celles de Gouas.

Nous avons dit que le tartre donne lieu à de l'inflammation gingivale, il l'aggrave et l'entretient toujours, par irritation mécanique de la gencive et de la membrane périostale, il les refoule par suite de son extension en profondeur dans la cavité alvéolaire, en entravant l'écoulement des liquides et exsudats pathologiques. Son enlèvement minutieux est la condition préalable de tout traitement gingival. Dans nombre de cas, sa disparition suffit à ramener la gencive à l'état de santé.

Les dépôts de tartre accumulés donnent lieu tout d'abord à la gingivite à ses différents degrés, puis à l'ébranlement et

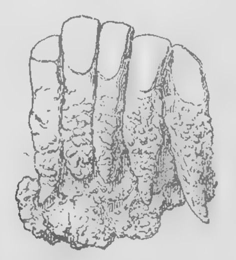


Fig. 1. — Bloc de cinq dents soudées par le tartre.

même à la chute des dents. L'extension lente et progressive des concrétions salivaires, l'indolence des désordres qu'elles causent font que trop souvent l'intervention du praticien n'est réclamée

1. Gouas. *De la lithiase salivaire et des rapports avec l'arthritisme.*

que quand plusieurs dents ont perdu en grande partie leurs liens avec les tissus environnants. Dans les cas graves il peut déterminer de l'ostéite. La figure reproduisant une pièce du musée de l'Ecole Dentaire de Paris montre un bloc de cinq dents soudées par une masse de tartre et tombées avec elle.

TRAITEMENT *(ou nettoyage de la bouche)*.

Les agents chimiques peuvent être un moyen d'entraver les néoformations tartariques, notamment les solutions acides et l'eau oxygénée, elles ne peuvent être employées d'une manière permanente par les patients. Le talc, dont l'action désincrustante sur les chaudières à vapeur est connue, a été associé à nombre de poudres dentifrices dans un but hygiénique ; l'enlèvement du tartre dépend donc presque exclusivement des moyens mécaniques.

Les instruments à nettoyer peuvent être peu nombreux. Pour notre usage nous avons fait établir la série suivante composée de cinq instruments qui conviennent à tous les cas ; les deux premiers pour la face labiale, les trois autres pour la face linguale ; le N° 2 sert particulièrement pour les interstices. Quelle que soit la série choisie, les instruments doivent être minces tout en ayant une certaine rigidité, leurs pointes actives doivent avoir peu de largeur.

Toute dépression, toute saillie anormale, toute trace de tartre laissée sur la dent *au-dessus ou au-dessous du feston gingival* est un nouveau centre de cristallisation et le nettoyage incomplet ou pratiqué à l'aide d'instruments ou d'agents laissant ou créant des stries et des myosites va contre son but en favorisant le dépôt subséquent des sels salivaires.

Ablation du tartre à la mâchoire inférieure. — On commencera par la face labiale. Le dossier du fauteuil sera à un angle voisin de 90°, l'appuie-tête fixera la tête légèrement en avant, l'opérateur placera les quatre derniers doigts de la main gauche sous le menton, et le pouce abaissera la lèvre, découvrant les dents et le sillon gingivo-labial, et servant de levier et de guide pour les instruments à nettoyer qui seront tenus dans la main droite par le pouce, l'index et le médius.

Les N°s 1 et 2 sont ceux qui conviennent le mieux pour ce temps d'opération ; ils seront insinués entre la gencive et la dent, de manière à atteindre la couche inférieure du tartre et à la détacher par un mouvement de pesée.

Quand les dents sont très chancelantes, il est indiqué de les soutenir en appuyant de haut en bas avec l'un des doigts de la main gauche ; on dégage successivement chacune des dents de

ses dépôts calcaires en veillant attentivement aux interstices et à la région au-dessous du collet, le tartre s'insinue, en effet, parfois fort bas et, pour les raisons données ci-dessus, il ne peut

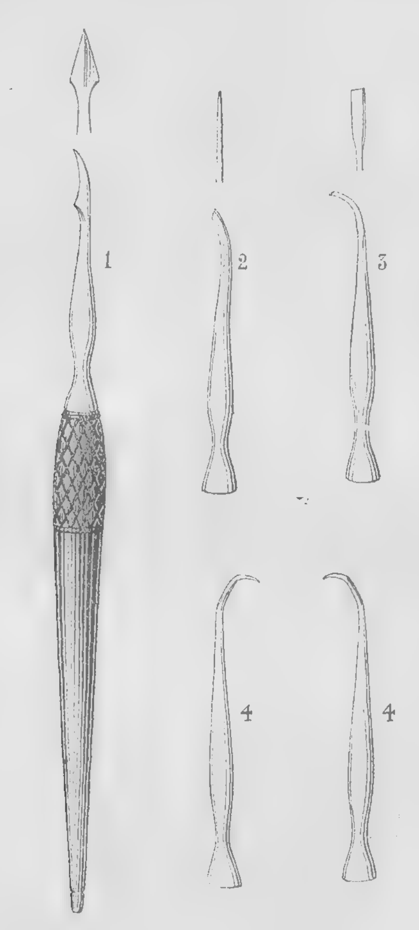


Fig. 2. — Instruments à nettoyage, série P. Dubois.

rester sur ces points sans préjudice ultérieur. On évitera de blesser la gencive mais, malgré la délicatesse opératoire, un léger écoulement de sang se produira ; sauf chez les scorbutiques et les hémophiliques, le saignement est sans inconvénients. La face labiale entièrement débarrassée de tartre jusqu'aux molaires, on procèdera au nettoyage de la face linguale ; le fauteuil

sera notablement renversé, l'opérateur se tiendra en arrière et, par des mouvements de bas en haut, détachera tout d'abord les gros fragments de tartre en les attaquant par leur face postérieure ; puis on passe au nettoyage des faces interstitielles. Celles-ci demandent plus de soins et d'attention, les morceaux de tartre sont tantôt accessibles par la face interne et tantôt par la face externe ; on les détache par des mouvements de bas en haut, mais parfois des mouvements d'avant en arrière sont nécessaires : ces derniers se feront avec des instruments très minces pénétrant dans les interstices.

Le sang, la salive, peuvent masquer des dépôts tartariques et des rinçages et des irrigations fréquentes sont indispensables pour pouvoir découvrir les fragments profondément placés. Certains opérateurs négligent le nettoyage des faces internes des molaires, il doit pourtant être aussi minutieux sur ce point que dans la région antérieure.

Ablation du tartre à la mâchoire supérieure. — Le côté externe est le seul réellement susceptible de dépôts salivaires (quand il n'y a pas de dents ne participant pas à la mastication). Le nettoyage s'opère avec les mêmes instruments que ceux précédemment décrits pour la mâchoire inférieure. Le fauteuil sera à un angle d'environ 120°. L'index de la main gauche relève la lèvre et les instruments agissent comme il a été dit.

Le grattage des dents doit laisser des surfaces non rugueuses et le glissement facile des instruments sur toutes leurs faces indiquera l'achèvement de l'opération.

L'irrigation répétée de très petites quantités d'eau oxygénée facilite le détachement du tartre.

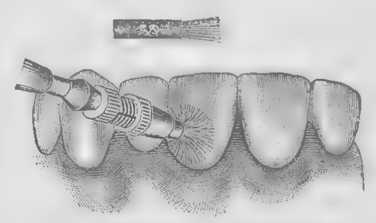


Fig. 3. — Brosses circulaires pouvant ne servir qu'une fois.

L'enlèvement du tartre à l'aide des instruments d'acier opéré, on procède au polissage, en se servant des bois à polir et des disques de caoutchouc décrits (Voir achèvement des obturations in Thérapeutique de la carie dentaire, p. 290) ainsi que des brosses et des disques circulaires représentés ci-dessus.

La plupart des opérateurs adoptent la ponce pour enlever les

derniers débris de tartre et polir l'émail après le grattage. Cela nous semble préjudiciable à l'émail de la dent par les rayures que la ponce laisse après elle. Nous n'employons dans ce but que la magnésie humectée d'eau oxygénée. La brosse circulaire montée sur le tour est un excellent instrument pour achever le nettoyage, mais elle a le désagrément d'éclabousser les vêtements, qu'on peut atténuer cependant en humectant les poudres qu'elle porte avec de la glycérine.

Le tartre vert est très difficile à détacher, l'addition de teinture d'iode à la poudre a les effets les plus heureux (Heidé).

Le dépôt ultérieur de tartre doit être combattu par une hygiène attentive. S'il dépend d'un état général mauvais, on en avertira le malade, en lui conseillant d'aller consulter un médecin ; s'il s'associe à des désordres gingivaux, on traitera comme il est dit. (Voir Gingivite. Hygiène Dentaire.)

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 11 octobre 1892.

OPÉRATIONS MULTIPLES COMME PRÉPARATION A UNE OPÉRATION GÉNÉRALE

M. Poinsot. — Une malade atteinte de carcinome devait être opérée ; mais elle avait un état général des plus défectueux, ce qui était dû à l'affection dont elle était atteinte et à un état des plus déplorables de sa bouche dont toutes les dents étaient plus ou moins cariées. Avant de faire l'opération, les chirurgiens voulurent que sa bouche fût mise dans un état satisfaisant afin de placer la malade avant l'opération dans de meilleures conditions au point de vue de la nutrition.

A cet effet M. Poinsot dut enlever 30 dents avant de faire un appareil prothétique. Ces 30 extractions furent effectuées dans une seule séance à l'aide de l'anesthésie chloroformique, l'opération réussit bien et ne fut suivie ni d'hémorragie anormale ni de fièvre.

Une semaine après, la malade était dans de très bonnes conditions.

M. Schwaykarsky. — On ne pourrait pas toujours faire un aussi grand nombre d'opérations simultanées à cause de la difficulté de certaines extractions. Il m'est arrivé d'observer une forte fièvre chez un malade après l'extraction de sept dents dans une seule séance.

OBSERVATION CRITIQUE SUR LE TRAVAIL A PONT

M. Poinsot. — Un de mes clients vint me consulter afin que je lui fasse un appareil sans plaque ni crochets ainsi que le proclament certains prospectus. Non convaincu par mes explications lui démontrant les inconvénients desdits appareils, il me quitta ; mais, quelques mois après, il revint me trouver, souffrant horriblement depuis la pose de deux appareils à pont à la machoire inférieure pour la pose desquels on avait dû couper une incisive latérale (dent vivante) pour y mettre un pivot et tailler et roder une grosse molaire pour y mettre une coiffe d'or.

On doit attribuer les souffrances endurées par mon client à la périostite de dents désorganisées autant dans leur texture que dans leur indépendance physiologique.

Un appareil ordinaire mobile donna toute satisfaction à ce malade.

NÉCROSE DES MAXILLAIRES COMME CAUSE DE CERTAINES ANOMALIES DENTAIRES

M. Viau. — L'arrangement régulier des dents est nécessaire pour le développement normal des maxillaires, mais cet arrangement est aussi sous la dépendance du développement et de l'intégrité du maxillaire.

Une enfant de neuf ans, à la suite d'une affection générale aiguë sur laquelle il a été impossible d'obtenir des renseignements précis, fut atteinte, à l'âge de trois ans, d'une affection de la mâchoire inférieure suivie de nécrose que je suppose être une ostéite suppurée.

Peut-être était-elle d'origine buccale, peut-être était-elle sous la dépendance de la maladie générale qui l'avait précédée.

Peu de temps après l'accident primitif, les lésions s'étendaient à une portion considérable de la moitié droite de la mâchoire inférieure, surtout au niveau de l'angle correspondant et suivant la ligne oblique allant de cet angle à la dernière molaire. Il y avait une suppuration abondante qui fut tarie à la suite de l'enlèvement d'un séquestre peu volumineux comparativement à la déformation du maxillaire.

Il est résulté de ces lésions une asymétrie du maxillaire ; la moitié droite au lieu d'être arrondie est presque rectiligne et plus courte que la moitié opposée, cette déformation du maxillaire a amené la déviation de toute une série de dents. De plus, fait assez intéressant, il y a eu éruption précoce de toutes les dents permanentes de la mâchoire inférieure des deux côtés, tandis qu'à la mâchoire supérieure il y a plutôt un retard dans l'éruption de ces mêmes dents.

Cette éruption précoce, qui serait plutôt la preuve d'un état florissant des fonctions physiologiques, ne s'accorde pas avec le peu de vigueur organique que suppose la présence d'une maladie aussi grave.

M. Poinsot. — On constate des anomalies analogues à la suite de

l'extraction prématurée de dents de lait. Y a-t-il des renseignements sur la nature des parties réséquées?

M. Viau. — Je n'ai, à cet égard, que des indications très vagues.

M. Francis Jean. — Le chirurgien seul aurait pu donner des renseignements précis.

M. Touchard. — J'admets qu'il se peut qu'un kyste dentigère soit en cause.

NOUVEL APPAREIL DE DRAINAGE POUR LE TRAITEMENT DES ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE

M. Francis Jean. — La pose des appareils de drainage ordinaire est parfois difficile dans la bouche à cause de la rigidité du tube. De plus, les tubes fenêtrés sont la cause d'une irritation constante, résultant des végétations qui tendent toujours à s'introduire par les trous latéraux dans la partie inférieure en contact avec la muqueuse.

Je remplace le tube rigide employé ordinairement par un ressort à boudin en or ou en platine qui permet le drainage sur tout le trajet, grâce au jeu que laissent entre elles les spires du fil. Pendant les repas j'obture ce tube avec une dent artificielle mobile.

J'emploie des lavages antiseptiques au chlorure de zinc à 3 0/0 plusieurs fois par jour.

Ce tube facilite la prise de l'empreinte.

M. Legret. — Dans les affections du sinus, j'ai observé d'excellents résultats par les insufflations d'iodoforme que pratique le docteur Bouhant.

M. Meng. — Je recommande comme perforateur l'appareil de Younger qui sert à créer des alvéoles artificiels pour l'implantation des dents.

DES CONDITIONS NATURELLES DE RÉSISTANCE DU MILIEU BUCCAL CONTRE LES ACCIDENTS INFECTIEUX

M. Joseph. — Les conditions qui expliquent la résistance du milieu buccal aux accidents infectieux sont :

1° La constitution anatomique du revêtement épithélial de la bouche ;

2° L'immunité relative acquise des tissus constituant la cavité buccale ;

3° L'activité fonctionnelle de la bouche ;

4° Le conflit des micro-organismes pathogènes et saprogènes ;

5° Des qualités spéciales et microbicides de la salive.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 8 novembre 1892.

APPAREIL A EAU CHAUDE

M. Franchette. — Présente un appareil à production continue d'eau chaude formé d'un petit tube de cuivre sans soudure tourné en hélice, muni d'un robinet à son extrémité inférieure et chauffé par un bruleur Bunsen muni de petits orifices latéraux. Ce petit tube mis en communication avec une conduite d'eau et chauffé donne, par le robinet inférieur, un écoulement constant d'eau chaude à un degré plus ou moinsélevé suivant l'intensité du bec de Bunsen. M. Franchette présente également une grosse molaire dont la pulpe hypertrophiée a des dimensions extraordinaires.

OBTURATION DES CANAUX

M. Anjubault. — De préférence aux pointes de gutta difficiles à manier, j'emploie une solution à consistance de lait épais faite avec parties égales de pâte de Hill et de salol dissous dans du chloroforme et introduite dans les canaux à l'aide de mèche de coton stérilisé.

Avant d'employer le salol j'employais le naphtol, je préfère le salol.

M. Burt. — J'emploie la gutta et le naphtol dissous dans le chloroforme.

M. Nux. — La première mèche devrait être trempée dans l'antiseptique pur.

M. Amoedo. — J'emploie la soie floche trempée dans une solution de gutta iodoformée.

PELLICULE ISOLANTE POUR PULPES EXPOSÉES

M. Anjubault. — Dans les cas de pulpe presque exposée se sert comme pellicule isolante d'une très petite lentille de liège trempée dans sa solution salolée.

M. Ducournau. — Emploie des petits disques de liège, mais secs et fixés avec du baume du Canada.

M. Nux. — Soude aux dents de porcelaine pour pivots de bois un pivot de métal au moyen du verre fondu dans un creuset. Il fait quelques entailles à la partie de métal qui doit être soudée.

La Société nomme une commission de revision des statuts.

La séance est levée.

LE 18e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE D'EUROPE

Par Paul Guye, D. D. S.

Nous empruntons à la *Revue trimestrielle d'Odontologie Suisse* le très intéressant compte rendu suivant :

C'est un fait bien connu que pour les Américains les distances n'existent pas, et la 18me réunion annuelle de la Société des dentistes américains établis en Europe, qui vient d'avoir lieu à Bâle les premiers jours d'août, n'en est qu'une preuve de plus. A l'appel du Comité, nos confrères étaient accourus des quatre coins de l'Europe, d'Ecosse, d'Angleterre, de France, d'Allemagne et d'Italie. La plus franche cordialité n'a cessé de régner pendant les excursions et les banquets, auxquels la présence de nombreuses dames en fraîches toilettes et l'absence presque totale de discours ont donné un cachet tout particulier et bien différent de celui des sociétés savantes d'Europe. Par une délicate attention du Comité d'organisation, le menu de l'un des banquets, servi dans le pittoresque château de Bottmingen, se composait exclusivement de mets américains, ce qui a permis aux assistants de se croire pour quelques instants transportés dans la patrie absente.

Les démonstrations, très variées, ont été suivies avec beaucoup d'attention et les travaux discutés avec l'intérêt qu'ils méritaient.

Grâce aux dispositions très précises prises par le Comité exécutif, le plus grand ordre n'a cessé de régner et il a été possible à chacun de s'approcher à son tour des opérateurs et de se rendre un compte exact des procédés employés. Le Comité de la Société odontologique suisse avait obligeamment mis son amphithéâtre à la disposition des congressistes.

Nous allons maintenant passer en revue les différents travaux présentés ainsi que les démonstrations cliniques.

Le professeur *Schiess*, de Bâle (invité), avait envoyé d'excellents conseils pratiques sur l'hygiène de la vue. Ce travail, spécialement destiné aux dentistes, les mettait en garde contre la fatigue excessive à laquelle beaucoup de praticiens ne craignent pas de soumettre leurs yeux. Notre profession est une de celles qui demandent les plus grands efforts visuels et l'on ne saurait trop prendre de précautions avec des organes aussi essentiels. C'est ce que le professeur Schiess a très bien su faire ressortir.

Le Dr *Bryan*, de Bâle, a fait une communication sur la méthode de redressement immédiat qu'il avait déjà démontrée il y a deux ans au Congrès de la Société suisse à Berne. Ce procédé consiste à attirer en place au moyen d'un davier spécial les dents qui ont fait leur éruption en dedans de l'arcade. Il faut d'abord faire de la place pour la dent en agissant au moyen de coins de bois sur les deux dents voisines.

Ce résultat une fois obtenu, après avoir anesthésié localement à la cocaïne, M. Bryan introduit entre la dent et la paroi externe de l'alvéole un instrument cunéiforme monté sur une tige contre-

coudée en forme de baïonnette dont la double courbure viendrait s'arrêter contre le bord incisif de la dent au cas où l'instrument échapperait. En agissant par pesées successives sur cette paroi, il l'écarte de la dent. Il est nécessaire d'agrandir aussi l'alvéole dans le sens latéral, autrement la dent serait retenue encore par le septum entre les alvéoles.

Une fois ce premier temps très important exécuté, il faut attirer la dent en dehors au moyen d'une pince spéciale dont l'un des mors, court, vient se placer contre sa surface palatine, tandis que l'autre, plus long, vient prendre un solide point d'appui sur une barre d'acier rembourrée de caoutchouc, placée sur la partie antérieure de l'arcade avéolaire supérieure. L'extrémité radiculaire, si l'opération est bien conduite, ne doit pas être déplacée, même de la plus petite quantité. La dent doit décrire un arc de cercle autour de l'apex comme centre. Si cette condition indispensable n'est pas remplie à la lettre, il est évident que la pulpe peut être déchirée.

Le Dr Bryan affirme avec la plus sincère conviction que cette opération, qui paraît cruelle, est au contraire très humaine et inoffensive. Elle évite au patient les douleurs continues et prolongées que lui infligerait l'application des méthodes usuelles, sans compter l'inconvénient résultant de la nutrition et de la parole plus ou moins entravées par les appareils de redressement. L'opération étant pratiquée avec l'anesthésie locale à la cocaïne est très peu douloureuse ou en tout cas très supportable. Les patients sont invariablement enchantés d'un résultat si rapidement atteint.

La dent doit être ligaturée dans sa nouvelle position ; elle reprend alors parfaitement ses fonctions au bout de peu de temps.

Des résultats très satisfaisants ont été obtenus chez des clients de tout âge (entre 7 et 40 ans), seulement l'anesthésie par la cocaïne réussit moins bien avec les adultes qu'avec les enfants. Il est alors préférable d'employer l'anesthésie générale.

On constate toujours que la pulpe est restée vivante si l'opération est bien conduite. La méthode a été expérimentée 15 fois par son inventeur. Il n'y a, à son passif, que 2 insuccès. L'un a été causé par les mouvements désordonnés du client, l'autre par la non exécution du premier temps de l'opération.

Pour redresser les dents placées en dehors de l'arcade, M. Bryan fait avec un foret une perforation dans l'os derrière la dent et emploie ensuite les moyens habituels qui donnent alors des résultats plus prompts et moins douloureux, la résorption de l'os étant beaucoup facilitée par cette petite opération.

Le travail suivant : *Une apparition de dents mortes*, par le *Dr Jenkins*, de Zurich, était une production d'un tout autre genre. L'auteur avait imaginé la curieuse fiction suivante :

Passant à minuit près d'un cimetière, il y était entré et s'était rencontré là avec les fantômes des 32 dents, occupés à discuter avec passablement d'aigreur sur leurs griefs respectifs contre les

dentistes et l'art dentaire moderne. C'était un concert étourdissant de récriminations et de plaintes amères contre les couronnes à bagues, les maillets automatiques ou autres, l'obturation des racines avec du coton, etc., etc.

Ne sachant comment se défendre contre ce charivari, le nocturne promeneur s'avisa d'annoncer qu'il était venu toucher le montant des notes restées impayées. A l'ouïe de ce discours, les apparitions s'évanouirent en prenant le chemin par lequel disparaissent tous les spectres soucieux de la tradition, et le représentant de la profession resta seul maître du terrain.

Sous des apparences humoristiques, ce travail renfermait une critique assez acérée des errements de certains praticiens.

Patients et patience, tel était le titre de la communication du *Dr Eliott*, de Florence. Ces deux mots d'étymologie semblable ne peuvent pas être séparés et l'on peut dire qu'il faut toujours avoir l'un pour avoir l'autre. S'il est vrai que le patient doit ou devrait avoir de la patience, en revanche celle du pauvre dentiste n'est-elle pas parfois soumise à de dures épreuves? Que dire de ces clients qui ont la mauvaise habitude de manquer leurs rendez-vous ou de venir si tard qu'ils désorganisent le reste d'une journée dont les minutes mêmes sont souvent comptées. Leur faire payer le temps qu'ils vous font perdre serait fort bien en soi, mais ne faut-il pas néanmoins trouver le temps pour faire le travail renvoyé et prendre peut-être pour cela sur les heures consacrées à un repos bien gagné ?

Et ceux qui paraissent venir chez le praticien avec la résolution bien arrêtée de l'entraver dans tout ce qu'il voudra entreprendre? Et les ergoteurs et les bavards qui vous harcèlent de questions, discutent vos méthodes et cherchent à vous imposer leurs idées et leurs manies? Ah! ceux-là, par exemple, il y a un moyen bien simple et tout trouvé pour les mettre à la raison. Mettez une bonne *digue* à leur éloquence et vous serez émerveillé du résultat.

Il y a bien d'autres classes de patients impatientants, mais comme malheureusement le Dr Eliott n'a pas à nous offrir de remèdes aussi efficaces pour en venir à bout, il nous faudra bien continuer à nous armer de résignation et de philosophie.

Le *Dr Schaffner*, de Florence, expose divers perfectionnements qu'il a apportés à la construction *des pièces à pont* mais que nous ne pourrions pas exposer d'une manière intelligible sans illustrations.

Nous passerons donc à l'intéressant travail du *Dr de Trey*, de Bâle, intitulé : *Pyrophosphate de zinc et amalgame de cuivre.*

M. de Trey s'est occupé spécialement de chimie pendant cinq ans. Il était donc bien placé pour étudier la question. Il préconise exclusivement les ciments pour les cas où l'on ne peut employer l'or. Il affirme qu'ils sont bien supérieurs à l'amalgame de cuivre, se livre à une charge à fond contre ce pelé, ce galeux... et déclare ne pouvoir songer sans honte et regret au temps où il l'employait.

Le ciment serait, d'après notre distingué confrère, à la veille de

prendre la place de l'or. Il croit que l'on arrivera prochainement à découvrir le ciment idéal. Pour sa part, il a travaillé plusieurs mois à la solution de ce problème et croit être sur la bonne voie. Souhaitons-lui bonne chance et meilleur succès qu'un inventeur anglais bien connu, M. Fletcher, qui a consacré quatorze années de sa vie et une petite fortune à rechercher, parmi tous les composés mentionnés dans les 18 volumes de la chimie de Gmelin, quelles seraient les combinaisons susceptibles de donner une obturation parfaite et qui pourtant n'est pas arrivé à découvrir ce merle blanc [1].

Quoi qu'il en soit, M. de Trey est d'avis que l'on devrait obtenir, même avec les ciments imparfaits dont nous disposons actuellement, des résultats beaucoup meilleurs et plus uniformes. Les nombreux insuccès que l'on rencontre sont attribuables à une manipulation défectueuse ou à un manque de soin.

Malgré le très grand nombre de préparations qui existent, il y en a fort peu de bonnes, réunissant les propriétés nécessaires. Une des conditions les plus indispensables, outre les qualités physiques : dureté, densité, adhésivité, est l'absence de réaction acide. Le meilleur moyen pour l'éprouver et le plus simple, est de préparer le ciment aussi épais que possible et lorsqu'il est durci d'en introduire un fragment dans sa bouche. Mélangé dans ces conditions il doit être neutre, sinon l'acide libre se dissout et produit la porosité de la masse.

M. de Trey s'est servi pendant quinze ans d'une préparation allemande bien connue et l'une des premières qui aient été employées. Contrairement aux assertions du prospectus, l'analyse ne donne qu'un mélange d'acides pyro — et monophosphorique pour le liquide et d'oxyde de zinc pour la poudre.

C'est un ciment difficile à manipuler il est vrai, mais durable s'il est employé d'une manière très soigneuse. On a vu des obturations faites avec cette matière durer dix ans sans usure ni dissolution appréciable. Mais pour obtenir ces résultats, il faut s'astreindre à suivre certaines règles dans la préparation.

Un fait bien connu dont on ne paraît pas tenir compte dans la pratique et qui explique parfaitement les inégalités dans les résultats, c'est que le liquide et la poudre sont également avides de l'humidité de l'air. Il se produit ainsi dans les acides phosphoriques des altérations chimiques qui changent la cristallisation.

Il faut donc, lorsqu'on reçoit un flacon de ciment, s'empresser de le mettre à l'abri de l'humidité en divisant la poudre et le liquide que l'on enferme dans des tubes à homéopathie et en plongeant l'extrémité bouchée des tubes dans la paraffine fondue. On emploie alors un tube de poudre et un tube de liquide pour chaque obturation. Si l'acide phosphorique est cristallisé il est évident que l'on devra le faire fondre au préalable en plongeant le flacon dans le bain de sable.

---

1. *Quaterly Circular*, septembre 1885.

La dernière communication à l'ordre du jour était intitulée « *Suggestions pratiques* », par le *Dr W. Mitchel*, de Londres. Elle a été déchiffrée à première vue par un membre qui n'en avait pas pris connaissance auparavant, ce qui en a rendu la lecture un tant soit peu pénible et a nui à l'intérêt de ce travail, pourtant très instructif.

Le Dr W. Mitchel présente des remarques sur le travail à pont et les couronnes. Il se sert de couronnes Logan, mais sans bagues, estimant ces adjonctions inutiles et même nuisibles, par le fait qu'elles occasionnent fatalement l'irritation et le retrait consécutif de la gencive, ainsi que l'allongement de la dent.

S'il est nécessaire d'ajuster une bague à la racine, il convient de la faire étroite, attendu qu'il est matériellement impossible d'obtenir une adaptation précise avec des bagues larges. La meilleure couronne, d'après notre confrère de Londres, serait la couronne de Bonwill, montée sur un pivot en maillechort, qu'on fixe d'abord avec un peu de ciment en terminant l'opération avec de l'amalgame. La meilleure forme à donner à la racine est la forme concave pour éviter la rotation de la dent artificielle.

Pour les molaires inférieures dont les racines ont été séparées par la carie, faire une couronne en forme de bicuspide pour chaque racine. Si un pivot se casse dans une racine, forer tout autour une série de trous que l'on réunit ensuite avec une fraise cylindrique et fixer avec du ciment un tube autour de l'ancien pivot. Se servir ensuite du tube comme d'un nouveau pivot.

Pour remplacer une dent de porcelaine cassée, sans enlever le pivot ou la pièce à pont, M. Mitchel propose une méthode très ingénieuse.

On perce à nouveau les trous de la contreplaquette aux endroits où se trouvent les crampons de la dent cassée et on allonge ces trous jusqu'à ce qu'ils atteignent le bord incisif de la plaquette, qui présente alors la forme d'une sourdine de violon, et dont les deux rainures permettent aux crampons de la dent d'arriver en place.

Lorsque la dent est ajustée, on construit en platine ou en or une sorte de gaîne que l'on soude à la plaquette de la nouvelle dent et qui doit recevoir l'ancienne contreplaquette taillée de la manière indiquée. On rend cette dernière rugueuse ainsi que l'intérieur de la gaîne et l'on fixe la nouvelle dent avec du ciment.

Il est très essentiel d'éviter de laisser le liquide entrer en ébullition en le chauffant. Il faut aussi le laisser complètement refroidir avant de s'en servir, sans attendre cependant qu'il se recristallise. La plaque de verre dont on se sert d'habitude pour opérer le mélange est justement un très mauvais conducteur de la chaleur. Il faut pour cet usage un bon conducteur. Après avoir essayé le laiton et y avoir renoncé à cause de l'oxydation qui noircissait le ciment, M. de Trey a employé le platine et obtenu de bons résultats ; il étudie en ce moment pour le mélange du ciment un appareil dont l'idée lui a été donnée par M. le professeur Picard, et qui

en promet encore de meilleurs, mais pour le moment il ne se croit pas autorisé à en parler.

La spatule d'acier doit être mise de côté. Elle produit de l'électricité qui nuit à la cristallisation normale. Il faut se servir d'une spatule très rigide pour pouvoir déployer beaucoup de force. Un autre point très important et trop négligé est le durcissement du ciment. Une demi-heure au moins est nécessaire, après quoi il faut encore protéger le ciment contre l'humidité en le saturant de paraffine qui, étant neutre et insoluble dans tous les agents qu'on peut rencontrer dans la bouche, est bien supérieure aux vernis. En outre, elle pénètre dans la substance du ciment, en remplit tous les pores et s'oppose à la dissolution chimique. Ce fait avait déjà été signalé par Bonwill.

La surface doit être bien polie à sec et durcie au brunissoir d'agate ou de verre. L'acier produit un phosphate de fer et ne convient pas pour cet usage, non plus que le platine, auquel le ciment adhère. Le Dr de Trey conclut en affirmant que les obturations au ciment, faites avec ces précautions, sont, pour bien des dents, préférables à des aurifications et qu'alors, puisqu'elles les protègent mieux contre les attaques de la carie, il n'y a pas de raison pour que les honoraires ne soient pas aussi rémunérateurs pour le praticien que ceux qu'il demande pour des aurifications.

Le travail du *Dr L.-J. Mitchel*, de Londres, sur *le nettoyage des dents* n'affichait pas la prétention d'apporter des idées nouvelles, mais seulement d'appeler l'attention sur la négligence qui, dans la grande majorité des cas, préside à l'exécution de cette opération pourtant si importante pour la santé de toute la bouche. L'auteur du mémoire voudrait voir les dentistes traiter la question avec le sérieux et l'attention qu'elle mérite.

La série des travaux écrits étant ainsi terminée, nous pouvons passer en revue les différentes démonstrations pratiques, de beaucoup la partie la plus profitable d'un congrès dentaire.

Le *Dr Bryan* démontre, pratiquement, la *méthode de redressement immédiat* qui a fait l'objet de sa communication. Un jeune garçon d'environ huit ans sert de sujet ; l'opérateur lui injecte de la cocaïne, écarte les parois avéolaires, antérieures et latérales, et attire en dehors, avec le davier spécial, la dent, une incisive centrale, qui venait de faire éruption en dedans de l'arcade. Bien que l'opération ait parfaitement réussi et que le petit patient n'ait nullement manifesté de souffrance, il nous a semblé que l'impression générale était que cette méthode serait plus particulièrement applicable à des patients de clinique, et que M. Bryan n'avait pas réussi à faire beaucoup de nouveaux adeptes, malgré ses affirmations réitérées que le procédé est beaucoup moins cruel et tout aussi sûr que le redressement graduel au moyen d'appareils. Du reste, notre hardi confrère ne paraît pas homme à se laisser influencer pour si peu et à renoncer à une méthode qu'il croit excellente.

Cette opération gagnerait en tout cas à être pratiquée en prenant des précautions antiseptiques minutieuses. La désinfection

des culs-de-sac gingivaux notamment nous paraîtrait indispensable.

A part les divers instruments nouveaux employés pour sa nouvelle opération (écarteur cunéiforme pour l'alvéole, pince spéciale à mors inégaux et barre rembourrée de caoutchouc) le Dr Bryan présente encore : 1° un ingénieux maillet pneumatique, avec pompe à salive, mû par la machine à fraiser ; 2° un miroir muni d'une pointe mobile pour tenir en place les premiers morceaux d'or en commençant une aurification ; 3° un miroir à bouche, à rebord circulaire, destiné à servir en même temps à porter l'amalgame dans les cavités et à empêcher les débris d'or ou d'amalgame de tomber dans la bouche; 4° un porte éponge et écarte-joue avec miroir ; 5° un porte-digue à quatre pinces, réunies deux à deux par deux barres transversales et une double bride, ce qui offre l'avantage de tendre le caoutchouc par les quatre coins, et de prévenir le glissement de la bride sur la tête du client.

Le *Dr A.- V. Eliott*, de Florence, présente *de l'or doublé de cuivre*, par un procédé galvano-plastique, pour *crochets* et pour *bagues*. Il affirme que cette combinaison empêche la carie de se produire sur les surfaces en contact avec le métal.

Le *Dr Louis-J. Mitchel* place une *couronne Bonwill* monté sur un pivot de maillechort et fixée au moyen de ciment Harward.

Le *Dr Schaffner*, de Florence, nous montre un nouveau *moteur hydraulique* composé d'une très petite turbine sur laquelle est montée directement la pièce à main et d'une soupape mue par une pédale d'un mécanisme fort ingénieux. Tel qu'il est, le moteur n'est pas pour l'inventeur la représentation exacte de son idée. La pièce à main fait encore trop de bruit, mais il est certain de pouvoir facilement corriger ce défaut. Du reste, un accident arrivé pendant le montage ne permet pas de faire fonctionner l'appareil d'une manière concluante.

Le moteur est très simple et peu coûteux (environ 150 fr. avec la canalisation) et M. Schaffner nous affirme qu'en le branchant sur une colonne montante, il aurait même un excédent de force.

Trois *aurifications* faites simultanément par des procédés différents par MM. *de Trey*, de Bâle, *Terry*, de Milan, et *Ad. Wetzel* de Paris, se partagent ensuite l'attention des congressistes.

Le *Dr de Trey* aurifie une cavité complexe considérable dans une deuxième molaire inférieure gauche. La pulpe est vivante mais non découverte. Une seule qualité d'or est employée, celle que notre confrère de Bâle prépare lui-même depuis plusieurs années. Cet or, dont la plasticité et l'adhésivité ont fait l'étonnement général se présente, sous la forme cristallisée. M. de Trey l'emploie en fragments énormes deux ou trois fois plus gros que sa cavité pourtant considérable et pourtant la condensation est parfaite, ce qu'a surabondamment prouvé le polissage.

Nous espérons que cette préparation sera bientôt mise dans le commerce.

M. de Trey se sert pour la condensation de l'or, laquelle s'opère principalement par pression manuelle, de forts fouloirs à pointes très larges, montés sur de solides manches d'acier. Les dernières couches sont rendues compactes au moyen du maillet de plomb manié par un aide.

Le Dr *Ad. Wetzel* aurifie une prémolaire droite supérieure en employant différentes préparations d'or. Le bord cervical est couvert d'or et d'étain (or mou d'Abbey n° 4 et étain pliés ensemble en forme de rubans, l'or seul étant visible). Puis l'opérateur continue en condensant des cylindres de Herbst employés d'abord à l'état mou puis graduellement recuits de plus en plus à mesure que l'opération avance, jusqu'à ce que l'adhésivité de l'or soit complètement développée. Les dernières couches se composent de rubans d'or adhésif de Williams n° 4 puis n° 60.

La condensation s'opère d'abord par pression manuelle pour la majeure partie de l'opération puis, vers la fin, avec un maillet de plomb dont les faces sont recouvertes de cuir, ce qui nous paraît être une innovation heureuse et produire un foulage très efficace en infligeant à la dent un minimum d'ébranlement.

Le Dr *Terry* se sert également de plusieurs qualités d'or pour faire ses aurifications. Il commence avec des cylindres d'or mou d'Abbey pour le bord cervical, continue avec de l'or cristallisé de Watt et termine avec du *Globe* n° 60. La cavité, située sur les faces médiane et linguale d'une incisive centrale droite est obturée égalemen tpar pression manuelle ; les dernières couches seules sont condensées au maillet automatique d'Abbott.

Ces démonstrations ont été couronnées du plus entier succès et les aurifications de trois habiles opérateurs ont été déclarées très réussies.

Le Dr *Gysi*, de Zurich (invité), a bien voulu faire dans une des salles du Bernouillanum une série de *projections au microscope photo-électrique*. Les préparations qui ont été ainsi mises sous les yeux des congressistes représentaient avec une grande netteté les divers tissus normaux de la dent : émail, dentine, cément, fibres nerveuses et vaisseaux capillaires de la pulpe, cellules odontoblastes, etc., ainsi que les modifications pathologiques apportées à ces tissus par la carie : exostose, pulpite, nodules pulpaires et dentine secondaire, zone transparente de la carie, etc.

En outre M. Gysi fait ciculer une collection de microphotographies qui ont été l'objet de l'admiration générale.

Le Dr *de Trey* démontre pratiquement sur le cadavre la méthode de *prothèse immédiate des maxillaires de Martin* (de Lyon). Cette méthode consiste à insérer immédiatement après l'opération dans les cas de résection de tout ou partie des os maxillaires, un appareil provisoire en caoutchouc. Après quoi le lambeau est rabattu et suturé. Le retrait cicatriciel et le défigurement du patient sont ainsi évités. Lorsque la cicatrisation est effectuée on peut alors placer un appareil permanent construit d'après des empreintes. L'appareil provisoire devant être préparé d'avance ne peut être éta-

bli que d'après des mesures prises avant l'opération et en se servant d'un maxillaire naturel de dimension appropriée. Cet appareil doit toujours comprendre une portion du maxillaire plus étendue qu'il est nécessaire, de manière à pouvoir remplacer même des parties que l'on croyait pouvoir respecter et que, pendant le cours de l'opération, on juge indispensable de réséquer. Une fois la résection terminée on diminue progressivement la pièce primitive jusqu'à ce qu'elle puisse remplacer exactement les parties osseuses enlevées.

L'appareil construit par le Dr de Trey est celui qui est représenté dans le traité de Martin à la page 144.

Le *Dr Dall*, de Glascow (invité), démontre ses procédés pour l'*obturation avec des blocs de porcelaine*. Il découpe dans des dents artificielles ou des cônes de porcelaine fabriqués spécialement pour cet usage, des morceaux de la grandeur et de la forme voulues et les fixe dans les cavités avec du ciment ou de l'amalgame ou une combinaisan de ces deux substances. Ce procédé n'est pas nouveau, bien s'en faut, mais entre les mains habiles de M. Dall, il devient, grâce à de très ingénieux artifices, applicable à nombre de cas pour lesquels on n'aurait pas songé à l'employer.

Pour entreprendre avec succès ce genre d'obturations prothétiques, il faut être muni d'un assortiment très complet d'instruments, disques et pointes de diamant et d'émeri sans lesquels la précision voulue ne pourrait être obtenue. La pâte de porcelaine doit être homogène et dense. Les dents anglaises seules répondent à ces indications, les dents américaines sont poreuses et une fois meulées ne peuvent pas être repolies.

Les disques et les pointes de diamants doivent être mûs par la machine à fraiser marchant à l'aide d'un moteur quelconque, car en pressant sur une pédale on ne peut conserver aux mains la fixité nécessaire pour faire un travail aussi minutieux. Il n'y a aucun appareil quelconque qu'il soit possible d'utiliser pour tenir les blocs de porcelaine, il faut donc apprendre à se servir adroitement de ses mains.

Pour des cavités interstitielles des dents antérieures, intéressant à la fois les surfaces palatale, proximale et labiale, M. Dall procède comme suit : Il lambrisse d'abord sa cavité avec du ciment de teinte claire pour prévenir le noircissement de la dent et obture ensuite avec de l'amalgame la partie linguale de la cavité, en laissant à la partie labiale suffisamment d'espace pour pouvoir insérer un bloc de porcelaine.

Une fois l'amalgame durci, il y pratique deux petits trous destinés à recevoir les deux crampons du bloc, qui est alors ajusté exactement et fixé en place au moyen de ciment, après que les crampons et les petits trous ont été rendus rugueux pour assurer la rétention.

S'il s'agit de remplacer l'extrémité incisive d'une dent fracturée dont la pulpe est vivante un moyen très simple consiste à prendre une molaire à pointes droites. On allonge un peu ces dernières en

taillant la surface de porcelaine dans laquelle elles sont implantées. Puis on donne au bloc à peu près la forme voulue, on fore dans la surface fracturée de la dent de chaque côté de la pulpe deux petits trous pour recevoir les pointes, on termine l'ajustement et on fixe avec du ciment.

Une autre méthode plus compliquée mais donnant une plus grande solidité, peut être employée lorsque la pulpe est morte. Un morceau de porcelaine découpé dans une incisive (ou une canine, suivant le cas) est ajusté en y laissant les deux pointes, puis une douille profonde de forme très aplatie dans le sens antéro-postérieur est taillée à la fraise dans la dent entre la face linguale et la face labiale. On fixe au bloc une contre plaquette munie d'une queue ou prolongement qui va se loger dans la rainure faite à la dent. On fait alors un trou en pleine face labiale de la dent et perpendiculairement à cette face de manière à arriver sur la queue qui est également perforée.

Par ce trou on fixe la queue à la dent naturelle au moyen d'une vis. L'ouverture qui reste à la face labiale est ensuite facilement obturée avec un petit cylindre de porcelaine.

M. Dall fait une démonstration pratique de sa méthode en obturant, par le premier procédé que nous avons mentionné, une incisive latérale supérieure. Il présente ensuite une collection de spécimens d'obturations avec bloc d'émail et un assortiment complet des instruments qu'il emploie : disques et pointes de diamant et d'émeri, etc.

Ses méthodes sont vraiment très ingénieuses et les spécimens très habilement exécutés, mais nous doutons que ce genre de travail, en raison de sa difficulté même, entre dans la pratique courante, car pour arriver à des résultats pareils, il faut une très longue pratique et une très grande dextérité.

La série des démonstrations était ainsi terminée et les congressistes se réunirent une dernière fois pour le banquet annuel à la *Veltliner Halle*, et comme en raison du grand Congrès de Chicago il avait été décidé qu'en 1893 il n'y aurait pas de réunion, on se dit au revoir à l'année prochaine, à Chicago, ou, dans deux ans à Genève.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté.
Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit.

TITRE I

Conditions de l'exercice de la médecine.

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement fran-

çais, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat. (Facultés, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires réorganisées conformément aux règlements rendus après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique.)

Les inscriptions précédant des deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée comme il est dit ci-dessus.

TITRE II

Conditions de l'exercice de la profession de dentiste.

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

TITRE III

Conditions de l'exercice de la profession de sage-femme.

Art. 3. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Un arrêté pris après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicables aux élèves sages-femmes.

Les sages-femmes de 1re et de 2e classes continueront à exercer leur profession dans les conditions antérieures.

Art. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les vaccinations antivarioliques.

TITRE IV

Conditions communes à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme.

Art. 5. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le Ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent, soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2, et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de 1re ou de 2e classe visé à l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Toutefois il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription dans les facultés et écoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Art. 8. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des Préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux Ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du Ministre de l'Intérieur.

Art 11. — L'article 2272 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient, et des commissions qu'ils exécutent ;

» Celle des marchands, pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers non marchands ;

» Celle des maîtres de pension, pour le prix de pension de leurs élèves ; et des autres maîtres, pour le prix de l'apprentissage ;

» Celle des domestiques qui se louent à l'année, pour le paiement de leur salaire ;

» Se prescrivent par un an ;

» L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. »

Art. 12 — L'article 2101 du Code civil, relatif aux privilèges généraux sur les meubles, est modifié ainsi qu'il suit dans son paragraphe 3 :

« Les frais quelconques de la dernière maladie quelle qu'en ait été la » terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dûs. »

Art. 13. – A partir de l'application de la loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes

personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

Art. 14. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 8 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 15. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire, à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode de déclaration desdites maladies.

TITRE V

Exercice illégal. — Pénalités.

Art. 16. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements sauf les cas d'urgence avérée ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Art. 17. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'article 13 pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

Art. 18. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs.

L'exercice illégal des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 19. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1.000 à 2.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs, et en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement de un mois à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 20. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Art. 21. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

Art. 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 23. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article précédent.

Art. 24. — Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé a été, dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour une infraction de qualification identique.

Art. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux. accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive et infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé, par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions visées au présent article, ni l'exclusion des établissements d'enseignement médical.

Art. 26. — L'exercice de leur profession par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article precédent, tombe sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi.

Art. 27. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

TITRE VI

Dispositions transitoires.

Art. 28. — Les médecins et sages-femmes venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions ou elle leur a été donnée.

Art. 29. — Les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la présente loi et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 ci-après, auront le droit d'exercer la médècine et l'art dentaire sur tout le territoire de la République. Ils seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine.

Art. 30. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : 1° un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine; 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires ci-après pourra obtenir le diplôme de chirugien-dentiste.

Art. 31. — Les élèves qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 32. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance un docteur ou d'un officier de santé.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées au deuxième paragraphe de l'article 19.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Art. 35. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et au colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir.

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les épreuves qu'auront à subir, pour obtenir le titre de docteur, les jeunes gens des colonies françaises ayant suivi les cours d'une école de médecine existant dans une colonie.

Art. 36. — Sont et demeureront abrogés à partir du moment où la présente loi sera exécutoire, la loi du 19 ventôse an XI, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

La promulgation de loi sur l'exercice de la médecine dont nous donnons le texte ci-dessus paru au *Journal officiel* du 1er décembre 1892. Il en résulte que le gouvernement a jusqu'au 1er décembre 1893 pour adapter l'enseignement de l'Art dentaire aux obligations de la nouvelle loi.

L'EXERCICE DES PRATICIENS NON-ENREGISTRES EN ANGLETERRE

Dans notre numéro de novembre 1892, nous avons donné le nombre des praticiens enregistrés, nous nous demandions s'il en existait d'autres bénéficiant de la loi anglaise qui ne limite pas le droit de pratique mais seulement celui de prendre le titre de dentiste.

Si nous en croyons « *The Bristish Journal of Dental Science*, les violations de la loi se produiraient par les moyens suivants.

Les dentistes non enregistrés peuvent se diviser en deux classes. Dans la première on tourne la loi en ne se servant pas du titre de dentiste ; il n'y a là aucun accaparement de qualification spéciale, ni subterfuge extra légal.

Dans la seconde, l'attitude est différente et ne peut être prise que par l'aide de certains médecins enregistrés, qui malheureusement se rencontrent comme les brebis galeuses du proverbe.

Cette dernière classe de praticiens irréguliers adopte une des deux méthodes. Ou il se met à la tête de la maison et emploie un aide enregistré, ou celui qui n'est pas enregistré travaille sous l'égide d'un praticien enregistré, il n'existe qu'en nom. Naturellement l'assistant qui exerce en vertu de la déclaration *bona fide* n'est pas en question, mais dans chacun des arrangements cités, « le praticien non enregistré » est couvert par la brebis galeuse, et il est à même d'être en relation et d'agir près du public ignorant comme s'il était dûment qualifié. Quant à ceux de la première catégorie, nous croyons que l'efficacité du Dentists'Act n'a pas encore assez été mise à l'épreuve, et on a des raisons de croire que la clause 3, pourra quelque jour faire à la profession dentaire, le tort que fait maintenant la loi concernant les chirurgiens vétérinaires pour les praticiens vétérinaires.

Il est vrai qu'une proposition pour former une Association pour l'exécution de la loi sur la médecine vient d'être faite dans la *Lancet* par M. Sewill, qui suggère que cinquante membres de la profession devraient souscrire, disons chacun 2.500 francs, de suite, pour un fonds de garantie, mais sans admettre les individus usurpant le droit de pratique de médecine ou de l'art dentaire.

Un tel procédé formerait une excellente expérience dont on profiterait.

D'un autre côté, par rapport aux brebis galeuses, c'est dans le Conseil médical général que doit agir l'honorable praticien. Car le corps a certainement le pouvoir et nous espérons l'envie de supprimer cet abus.

(*The British Journal of Dental Science.*)

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE CHICAGO

Dans une réunion au Grand Pacific Hôtel, à Chicago, le comité exécutif du Congrès a nommé à l'unanimité les fonctionnaires suivants :

Président : D. Shephard, de Boston ; vices-présidents : W. W. H. Thackston, de Farmville, W. H. Morgan, de Nashville, W. W. Allport, de Chicago, A. L. Northrop, de New-York, Edwin T. Darby de Philadelphie, C, S. Stockton, de Newark, H. J. Mckellops, de Saint-Louis ; I. H. Hatch, de San-Francisco ; J. Taft, de Cincinnati-Ohio ; I. B. Patrick, de Charleston ; W. O. Kulp, de Davenport-Iowa ; et John C. Story, de Dallas-Texas.

Secrétaire général : A. W. Harlan, de Chicago ; sous-secrétaires : G. J. Friedrichs, de New-Orléans, Louis Ottofy, de Chicago, et Ralph Dillon, de Chicago.

Trésorier : John Marshall, de Chicago. (*The Dental Review.*)

Nous sommes heureux de la décision qui charge nos amis Harlan et Ottofy du secrétariat. Leur connaissance des travaux dentaires et des confrères européens assurera aux communications d'origine étrangère la place qu'elles méritent.

P. D.

ASSOCIATION NATIONALE DES FACULTÉS DENTAIRES AMÉRICAINES

La neuvième session annuelle de l'Association s'est tenue au Niagara le 1er août 1892. Les principales résolutions suivantes ont été adoptées.

Nous les reproduisons afin de montrer les idées qui prévalent actuellement en Amérique à l'égard de la scolarité.

RÉSOLUTION

A partir de juin 1893, l'année scolaire durera sept mois, dont deux mois seront consacrés aux cours sur l'instruction clinique, dans l'infirmerie de l'école, classés maintenant comme cours intermédiaires ou d'infirmerie.

RÉSOLUTION

Qu'après la session de 1892-93 on exigera quatre années d'études dentaires pour l'obtention des diplômes.

La résolution suivante sera soumise ultérieurement à l'assemblée au règlement.

Que dorénavant les gradués de pharmacie seront rangés au même degré que les gradués en médecine, et auront le droit d'entrer en seconde année ou en classe élémentaire. Seront sujets aux examens d'admission de chaque collège.

BIBLIOGRAPHIE

Les passions et la santé, par le Dr F. Brémond, un vol. 2 fr. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

La « *petite bibliotheque médicale* » de la librairie J. B. BAILLIÈRE, à laquelle nous devions déjà *Les dents de nos enfants*, par BRAMSEN, avec préface de notre ami R. HEIDÉ, vient de s'enrichir d'un nouveau volume : *Les passions et la santé*, par le Dr FÉLIX BRÉMOND.

Les passions ont avec la santé des rapports nombreux, dont l'étude a été entreprise bien des fois, jamais, croyons-nous, d'une façon aussi complète. Ce travail sur les passions humaines et leurs rapports en bien ou en mal avec notre état intellectuel et physique est des plus intéressants, il s'adresse principalement à ceux qui sont curieux des choses de la médecine. L'auteur d'ailleurs indique le but qu'il s'est proposé dans un avant-propos dont nous donnons la péroraison. « Nommer les passions, dire, médicalement parlant, à » propos de chacune, si elle est susceptible de faire du mal ou de » faire du bien, voilà la seule question qui me préoccupe, ne m'en » posez pas d'autres.

» Au beau temps de Nicole et de Pascal, un ouvrier travaillait à » la réfection d'une boiserie de l'abbaye de Port-Royal-des-Champs. » Un chanoine lui demanda : « Dites-moi, mon ami, êtes-vous Janséniste ou Moliniste ? » L'ouvrier répondit : « Moi, je suis ébéniste ! »

» Dans cette réponse, je prie le lecteur de voir ma profession de » foi : Je ne suis ni vitaliste, ni organicien, ni déiste, ni athée. *Je* » *suis médecin* ! »

E. P.

Instructions sur les maladies des dents. Hygiène et affections de la bouche par Louis-Fossez, médecin chirurgien dentiste ex-élève de la Faculté de médecine et de l'Ecole dentaire de Genève, préface de M. A. Preterre, Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

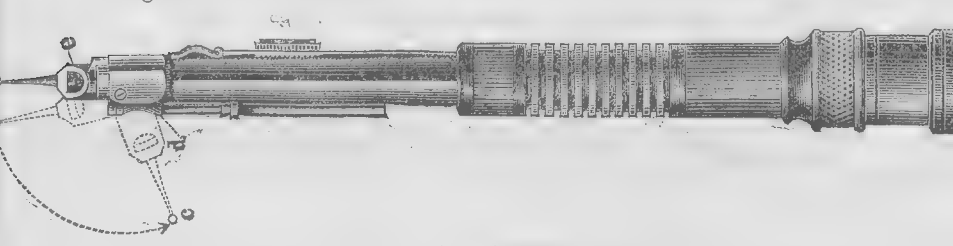
Comme son titre, comme le patronage le prouvent cette brochure n'est pas faite pour vous, chers confrères, elle est destinée à la clientèle. Passons.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

PIÈCE A MAIN UNIVERSELLE PAUL-BUSS

Est-il possible de construire une pièce à main pouvant servir à tous les angles voulus et à rendre inutiles les pièces à angle droit et aigu qui figurent encore dans notre arsenal opératoire. Ce serait un progrès considérable, le changement cause une perte de temps, les pièces à angle droit sont d'un mécanisme délicat se détériorant assez vite, M. P. Buss a voulu y remédier en construisant une pièce à main universelle que nous avons été à même d'expérimenter pendant quelques semaines, elle nous semble résoudre le problème et nous pensons que c'est là un perfectionnement notable apporté à ce merveilleux instrument de la dentisterie moderne : le tour à fraiser.

Le mécanisme en est simple et solide et semble résister à l'usage régulier de l'instrument.



Pièce à main universelle P. Buss.

CORRESPONDANCE

Il ne nous est pas possible d'examiner la valeur des assertions contenues dans la lettre suivante aussi la publions-nous sous toutes réserves. Nous n'avons pourtant pas cru pouvoir céler la réclamation qu'elle contient. N. D. L. R.

Paris, le 29 novembre 1892.

« Monsieur le rédacteur en chef de la *Revue Internationale d'Odontologie*.

» On m'a communiqué un numéro du *Progrès Dentaire* qui contient l'annonce et la description d'un cautère,soi disant inventé par M. Paulme.

» Voulez-vous me permettre d'user de la publicité de votre esti-

mable journal pour faire connaître au public professionnel que je revendique hautement la priorité du cautère mis en trousse à réservoir dans le manche (ou cautère carburateur) et je donne à l'appui de mon dire les preuves suivantes.

» En 1886 croyant être fort de mon droit par suite des modifications importantes que j'avais apporté à l'appareil de M. Paquelin : Je fabriquais et lançais dans le commerce un certain nombre de ces cautères je fus actionné par M. Paquelin devant les tribunaux et contre mon attente, après trois ans de procédure, les tribunaux lui donnant raison, je me vis condamné à payer à M. Paquelin la somme de cinq mille francs à titres de dommages et intérêts et à l'insertion du procès dans dix journaux, cinq français et cinq étrangers.

» Ce n'est qu'en 1889 que M. Paulme vint me commander une assez grande quantité de cautères qu'il livra lui-même dans diverses maisons avec des factures à mon nom afin de se garantir des poursuites, le brevet Paquelin n'étant pas encore tombé dans le domaine public, et ce n'est qu'après que le brevet fut périmé que M. Paulme se découvrit et vendit à son nom les cautères fabriqués chez moi, jusqu'en 1891, époque où il jugea utile de faire fabriquer ailleurs.

» Cela ne lui donne pas le droit de se dire l'inventeur d'un système auquel il n'a apporté aucune modification et qui reste toujours tel que je l'ai fabriqué en 1886.

» Recevez, monsieur le Directeur, l'assurance de ma parfaite considération,

« A. Waseige. »

NOUVELLES

ECOLE ODONTOTECHNIQUE

Ont obtenu le diplôme de l'Ecole odontotechnique en 1892 :

MM. Boris-Passicelsky.
Mme Broussilowsky.
MM. Daviski.
Fichet.
Frison.
Hervochon.
Martin-Lemée.
Pilmyer.
Quenot.
Roger.
Zula.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

A l'Ecole dentaire de Paris, les élèves dont les noms suivent ont obtenu le diplôme à la session d'octobre 1892 [1] :

MM. Cournaud.
Mamelzer.
Hess.
Flémin.
Héraud.
Marin.
Blondeel.
Lalement.

Une Ecole dentaire pour femmes sera prochainement ouverte à Stockolm.

UN PATIENT RECONNAISSANT

Nous trouvons la lettre suivante dans le *British Journal of Dental Science.*

Tous ceux qui ont donné des soins aux pauvres (et à ceux qui ne le sont pas) dans les cliniques dentaires la liront avec plaisir.

« Cher monsieur,

» Ci-joint mon obole 1 fr 25 pour la caisse de l'hôpital. C'est peu, mais ma position ne me permet pas de donner plus. Mardi dernier, à votre hôpital, on m'a fait l'extraction de deux dents au protoxyde d'azote.

» Je dois dire que si j'avais payé 25 francs ou ne m'eût pas mieux soigné, et pourtant je n'avais qu'une lettre d'un de vos souscripteurs. Je désire vous exprimer ma reconnaissance, à la pensée qu'il existe une maison où les classes pauvres sont soignées avec tant d'attentions et de succès.

» Tout s'y passe de telle façon qu'à moins d'une profonde ingratitude on ne peut se plaindre.

» J'espère que vous me pardonnerez mon indiscrétion, mais je suis sincèrement reconnaissant qu'il y ait des médecins si consciencieux pour faire des opérations si nécessaires actuellement. Je voudrais que mes moyens me permettent de souscrire plus généreusement. »

(The British Journal of Dental Science.)

---

1. Voir dans la *Revue Internationale d'odontologie* 1892, p. 101, la liste des élèves reçus à la session de juillet.

AVIS

Par décision du Conseil de Direction de la *Revue Internationale d'Odontologie* les élèves de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Ecole dentaire de France pourront recevoir la *Revue* pendant la durée de leurs études au prix réduit de 6 francs par an.

Le gérant : P. DUBOIS.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A MAJESTÉ.